



UNIVERSIDADE DE LISBOA
FACULDADE DE MOTRICIDADE HUMANA



Psicomotricidade em Saúde Mental Infantil no Centro Doutor João dos Santos – Casa da Praia

**Relatório de Estágio elaborado com vista à obtenção do Grau de Mestre em
Reabilitação Psicomotora**

Orientador: Professora Doutora Ana Isabel Amaral Nascimento Rodrigues de
Melo

JURI:

Presidente

Professor Doutor Pedro Jorge Moreira de Parrot Morato, Professor Associado da Faculdade de Motricidade Humana da Universidade de Lisboa.

Vogais

Professora Doutora Ana Isabel Amaral Nascimento Rodrigues de Melo, Professora Auxiliar da Faculdade de Motricidade Humana da Universidade de Lisboa;

Licenciada Dolores Maria Viegas Gamito, Técnica da Casa da Praia – Centro Doutor João dos Santos.

Cláudia Sofia das Dores Murteira

2014

Agradecimentos

Este ano de Estágio foi preenchido por muitas alegrias e experiências enriquecedoras tanto ao nível pessoal como profissional, no entanto foi devido ao acompanhamento, apoio e presença de algumas pessoas que tornaram tais experiências inesquecíveis. Não posso então esquecer de lhes deixar o meu mais sincero agradecimento e esta pequena homenagem.

A todas as crianças do Centro Doutor João dos Santos – Casa da Praia por me receberem sempre tão bem; por todos os abraços, beijinhos, birras, gritos, mimos, por toda a alegria e carinho. Mas sobretudo por me lembrarem do quão bom é ser criança e de me deixarem observar a sua evolução.

À Professora Ana Rodrigues pela sua disponibilidade, pelo apoio e conselhos, por desabafos no seu gabinete sobre estratégias e linhas de orientação. Sei que tais conversas foram fulcrais no desenvolvimento da capacidade reflexiva e crítica que me irá auxiliar no exercício da profissão.

Na mesma linha, não posso deixar também de agradecer à Dra. Dolores por todas as reuniões de terça-feira, pelos desabafos de alegrias e frustrações, por todos os momentos de aprendizagem e crescimento e pela confiança que depositou em mim para acompanhar um dos seus grupos de crianças.

A toda a equipa da Casa da Praia, professores e funcionários, por todos os Bons dias e Boas tardes, por me receberem de braços abertos e sempre com um sorriso nos lábios. Dirijo um agradecimento muito especial à Professora Sara por me ter recebido na sua sala, pela enorme simpatia e carinho com que sempre me recebeu, o meu grande obrigado.

Aos meus colegas estagiários, Sara, Michelle, Rita e Rafael por todos os momentos de partilha e de ajuda. Em especial, um agradecimento à minha colega Michelle que partilhava comigo os dias de estágio, acompanhando-me nos recreios, lanches e momentos de espera, assim como na hora de ir embora. Ainda é de referir a extrema boa disposição, compreensão e preocupação nos dias da Colónia. À minha colega Sara, por todos os momentos de aprendizagem, conversas, desabafos, sorrisos e brincadeiras principalmente na preparação da Festa da Primavera e em todos os momentos de encontro na Casa da Praia referindo também a Colónia. Sei que sem ela o estágio não seria o mesmo.

A todas as minhas amigas e amigos, em especial à Ana, por todos os telefonemas, momentos de aprendizagem e alegria, por nunca me deixar esquecer que sou capaz de fazer qualquer coisa em que me empenhe. À Isabel por me ter acompanhado nestes dois anos de Mestrado e por ser, para mim, um modelo a seguir. Às minhas amigas Carine, Cláudia, Marco e aos restantes pelo apoio e amizade verdadeira, pelos momentos de alegria que me permitiram manter a sanidade mental em momentos de angústia. Não posso deixar de agradecer também ao Pedro, por toda a alegria, apoio constante e carinho.

Por último mas mais importante, à minha verdadeira razão de viver, à minha família por toda a paciência nos momentos em que a frustração era muita e o nervosismo também, por toda a disponibilidade, apoio e amor incondicional. Obrigada Mãe, pai, irmãos, cunhado e às pequenas grandes Princesas da minha vida, as minhas sobrinhas.

Resumo

O presente documento enquadra-se no Ramo de Aprofundamento de Competências Profissionais que se insere no ano de conclusão do Mestrado em Reabilitação Psicomotora. Traduz o trabalho desenvolvido, no ano letivo de 2012/2013, no Centro Doutor João dos Santos – Casa da Praia. A instituição escolhida tem como objetivo prestar apoio a crianças entre os 5 e os 12 anos de idade que, devido a problemas emocionais, apresentam um bloqueio da sua capacidade de pensar, comunicar, imaginar e agir. Tais bloqueios traduzem-se numa dificuldade em enfrentar as exigências escolares. A metodologia de intervenção para esta população é a Pedagogia Terapêutica que procura compreender a criança no seu todo proporcionando-lhe um espaço de segurança onde se possa organizar e conhecer, privilegiando o trabalho em grupo e a partilha com o outro, assim como promover a sua autoestima e despertar a sua curiosidade para novas aprendizagens incluindo as escolares. A Psicomotricidade surge no Centro como parte integrante deste método de intervenção com os mesmos objetivos, articulando com a componente pedagógica ou terapêutica desenvolvida para a criança ou para o grupo. A intervenção psicomotora foi realizada a um grupo de quatro crianças com idades entre os 7 e os 9 anos, em sessões de 45 minutos decorrendo às terças e sextas à tarde. Foram analisadas as avaliações iniciais de cada criança, sendo redigidos objetivos para o grupo nos domínios cognitivo, psicomotor e psicoafetivos e objetivos operacionais para cada criança. No final, foi realizada uma avaliação final qualitativa acerca dos objetivos atingidos e da importância da intervenção realizada.

Palavras – chave: Saúde Mental Infantil, Psicomotricidade, Pedagogia Terapêutica, Intervenção Psicomotora.

Abstract

This document is part of the Business Professional Skills Deepening of which falls within the year of completion of the Master of Psychomotor Rehabilitation. Translates the work, in school year 2012/2013, in João dos Santos Center - Beach House. The chosen institution aims to provide support to children between 5 and 12 years of age due to emotional problems which results in a block of their ability to think, communicate, imagine and act. Such blockages translate into difficulties in coping with the school demands. The model of intervention for this population is the Therapeutic Pedagogy that seeks to understand the child as a whole providing them a safe space where they can organize, focusing on group work and sharing with each other, as well as promote their self-esteem and arouse their curiosity to new learnings. The Psychomotricity comes as part of this method of intervention with the same goals, articulating pedagogical and therapeutic methods developed for the child or for the group. The psychomotor intervention was performed in a group of four children aged between 7 and 9 years, in sessions of 45 minutes elapsing on Tuesdays and Fridays in the afternoon. It was analyzed the initial assessments of each child, goals were written for the group in the cognitive, psychomotor and psychoaffective domain and operational goals for each child. In the end, it was conducted a final qualitative assessment about the achieved goals and the importance of intervention performed.

Keywords: Child Mental Health, Psychomotricity, Therapeutic Pedagogy, Psychomotor Intervention.

Índice

1. Introdução.....	1
2. Enquadramento Teórico	2
2.1. João dos Santos e a Saúde Mental Infantil em Portugal.....	2
2.2. A Saúde Mental Infantil e a Psicomotricidade	6
2.3. Caracterização do local de estágio	10
2.3.1. Centro Doutor João dos Santos – Casa da Praia	10
2.3.2. Caracterização do espaço	11
2.3.3. Objetivos	12
2.3.4. População atendida.....	13
2.3.5. Funcionamento/Organização da Instituição	13
2.3.6. Constituição dos grupos	15
2.3.7. Modelo Terapêutico	17
2.3.8. Estratégias de Intervenção	20
2.4. Projetos de Extensão à Comunidade.....	24
2.5. Caracterização da População-Alvo	25
2.5.1. Neurose e Sintomas Reativos	27
2.6. A Psicomotricidade na Casa da Praia.....	29
3. Enquadramento Prático – descrição das atividades realizadas.....	32
3.1. Almoços e Recreios.....	32
3.2. Acompanhamento Psicopedagógico em Grupo	32
3.3. Reuniões de Orientação Local.....	33
3.4. Reuniões Clínicas.....	33
3.5. Reuniões de Assembleia Geral.....	33
3.6. Observação Inicial da Criança	34
3.7. Entrevista de Acolhimento	34
3.8. Festas.....	34
3.8.1. Festa de São Martinho	34
3.8.2. Festa de Natal	35
3.8.3. Festa de Carnaval	35
3.8.4. Festa da Primavera	35
3.8.5. Festa de Fim de Ano	36
3.9. Outras Atividades	36
4. Caracterização do Grupo Acompanhado – Grupo Intermédio.....	37
4.1. Caracterização dos Casos em Acompanhamento Terapêutico.....	37
4.2. Contexto de Intervenção Psicomotora	43

4.3.	Instrumento de Avaliação Psicomotora da Casa da Praia.....	44
4.4.	Resultados das Avaliações.....	46
4.5.	Objetivos de Intervenção para o grupo	54
4.6.	Fundamentação dos Objetivos nos domínios Sócio-Emocional e Cognitivo	56
4.7.	Sessão e Relatório de Sessão.....	57
4.8.	Estratégias Utilizadas	61
4.9.	Síntese Crítica dos Objetivos Atingidos	62
5.	Dificuldades e Limitações	65
6.	Conclusão e Reflexão Final	66
7.	Bibliografia.....	68

Índice de Tabelas

Tabela 1 - Protocolo de Avaliação Psicomotora da Casa da Praia	45
Tabela 2 – Síntese das Áreas Fortes, Intermédias e Fracas das Avaliações Iniciais de cada criança	53
Tabela 3 – Planeamento da sessão de 19 de Fevereiro de 2013.....	58
Tabela 4 – Relatório da sessão de 19 de Fevereiro de 2013.....	60

Índice de Gráficos

Gráfico 1 – Perfil Psicomotor D.C. Avaliação Inicial.....	47
Gráfico 2 – Perfil Psicomotor I.G. Avaliação Inicial.....	48
Gráfico 3 – Perfil Psicomotor N.V. Avaliação Inicial.....	50
Gráfico 4 – Perfil Psicomotor S.L. Avaliação Inicial.....	52

1. Introdução

O presente relatório enquadra-se na unidade curricular do Ramo de Aprofundamento das Competências Profissionais (RACP), incluída no plano curricular do segundo ano de Mestrado em Reabilitação Psicomotora da Faculdade de Motricidade Humana da Universidade Técnica de Lisboa no ano letivo de 2012/2013. O RACP insere-se na área da Saúde Mental Infantil tendo o seu início em Outubro de 2012 e o seu término em Junho de 2013. Foi desenvolvido no Centro Doutor João dos Santos – Casa da Praia duas vezes por semana, num total de 6 horas num dia e 4 horas noutra mais a participação nas reuniões clínicas de todas as quintas durante pelo menos uma hora perfazendo, em média, um total de 11 horas semanais.

Relativamente aos objetivos centrais do RACP, pode salientar-se o aprofundamento de conhecimentos e de competências no âmbito da Reabilitação Psicomotora na área da Saúde Mental, tanto a nível científico como metodológico estimulando a capacidade reflexiva multidisciplinar, desenvolvendo nos formandos as capacidades de planeamento, gestão e coordenação de serviços e/ou programas de Reabilitação Psicomotora, nos diferentes contextos e domínios de intervenção. Também na conceção e implementação de novos conhecimentos e novas práticas, bem como no desenvolvimento de novas perspetivas profissionais, visando o desenvolvimento do enquadramento profissional e científico da área, para uma adequada integração em projetos de investigação realizados neste âmbito e preferencialmente em equipas multidisciplinares ou centros de investigação.

Sendo esta intervenção com o seu foco na Saúde Mental Infantil, há que mencionar que a instituição escolhida presta apoio a crianças dos 5 aos 12 anos de idade, com problemas de ordem emocional que chegam como queixas de comportamento e de dificuldades de aprendizagem traduzindo-se no bloqueio da capacidade destas crianças em comunicar, imaginar, pensar e organizar o pensamento não lhes permitindo vingar com sucesso nas exigências escolares.

As atividades descritas neste relatório incluem não só as sessões de psicomotricidade observadas e realizadas, assim como variadas tarefas da dinâmica da Casa da Praia, ao nível do acompanhamento e apoio pedagógico – terapêutico em sala de aula, reuniões clínicas realizadas semanalmente, observações iniciais de crianças, acolhimentos familiares, dinamização e participação em todas as festas/espetáculos temáticos e iniciativas da Casa assim como as relações estabelecidas entre esta e a comunidade envolvente. Não podendo deixar de referir, sendo o ano do centenário do nascimento do seu fundador Doutor João dos Santos, as variadas reuniões e ciclo de formações com nomes sonantes que com ele trabalharam e que nos brindaram com um pouco do seu conhecimento e experiência sobre a vida de João dos Santos, tanto do ponto de vista pessoal como profissional, aliado ao tema da Criança e as problemáticas da infância.

O presente relatório encontra-se organizado segundo uma estrutura lógica, iniciando-se com o enquadramento teórico sobre os contributos de João dos Santos para o desenvolvimento e evolução na área da Saúde Mental Infantil em Portugal e a importância da intervenção psicomotora nesta área, passando pela caracterização da instituição escolhida - Casa da Praia, do espaço, funcionamento, organização da instituição passando para a descrição do modelo de intervenção, a Pedagogia Terapêutica e das estratégias utilizadas. A descrição da população - alvo será feita e em seguida, a descrição das atividades realizadas durante o estágio e a descrição, intervenção e avaliação do grupo acompanhado. Por último, serão referidas as dificuldades e limitações encontradas no RACP e uma reflexão crítica relatando todo o crescimento e aprendizagem.

2. Enquadramento Teórico

2.1. João dos Santos e a Saúde Mental Infantil em Portugal

Este relatório baseia-se na intervenção em Saúde Mental Infantil, assim considera-se importante realizar um enquadramento nesta área fazendo a ligação com um dos grandes dinamizadores da Saúde Mental Infantil em Portugal e fundador da instituição onde o RACP foi realizado. A sua história de vida é uma inspiração e segue lado a lado com a evolução da Psiquiatria e Saúde Mental Infantil no país.

Segundo Mendonça (2003), João dos Santos nasceu em 1913 em Lisboa sendo filho único de um casal modesto e simples, filho de um pai alfaiate que preconizava a vida ao ar livre saboreando e desfrutando dos pequenos prazeres da vida. Tal como o pai e restante família, incluindo tios e tias, acreditava na liberdade e na luta política para atingir esse mesmo ideal, afirma o mesmo autor. João dos Santos, de acordo com Mendonça (2003), apresentava problemas na escola pois era disléxico e sendo incompreendido era repreendido por ser preguiçoso, ou seja, considerando os métodos de ensino rigorosos da altura, não era considerado um bom aluno.

Apesar da sua dificuldade chegou ao Instituto Nacional de Educação Física e formou-se nessa mesma área, chegando a seguir a carreira de professor, colaborando na reeducação de crianças com problemas de desenvolvimento, afirma Mendonça (2003). Seguindo o mesmo autor, João dos Santos, na procura de compreender melhor estas crianças, decide tirar a licenciatura em Medicina que terminou em 1939. Na altura em que acabou o curso já se falava em Psiquiatria Infantil divulgada por Victor Fontes. Este, segundo Mendonça (2003), era discípulo de António Aurélio da Costa Ferreira e diretor do Instituto com o mesmo nome do seu mestre. A formação em ensino especial era realizada neste Instituto e a revista de nível científico sobre a infância - “A Criança Portuguesa” também teve origem no mesmo local (Mendonça, 2003).

Em 1940, segundo Mendonça (2003), João dos Santos iniciou os seus estudos da criança. Na altura, valorizava-se apenas a perspetiva médica dos comportamentos anormais infantis onde estas crianças só podiam encontrar soluções no ensino especial. De acordo com a mesma autora, simultaneamente, João dos Santos iniciava-se na Neuropsiquiatria no Manicómio Bombarda deixando-o poucos anos depois e dedicando-se aos pavilhões infantis no Hospital Júlio de Matos pelos quais o diretor António Flores o tinha deixado encarregar. Esses pavilhões eram verdadeiros asilos, “destinados a asilar as mais perturbadas [crianças], em geral com debilidades profundas e grandes agitações”, citando Mendonça (2003, p. 95).

Mendonça (2003) refere que João dos Santos participava em grupos de estudo com diversas personalidades, onde analisavam o estado da Educação e projetavam a sua reforma, e este seu empenho em modificar mentalidades, instituições e métodos de ensino levaram-no a ser impedido de exercer funções públicas e de frequentar qualquer hospital português, no ano de 1946. Posto isto, decidiu ir para Paris onde conheceu e aprendeu com diversos nomes importantes e preponderantes no estudo da Criança, do seu desenvolvimento e da Psiquiatria Infantil como Henry Wallon, Jean Delay, no ramo da psiquiatria com J. de Ajuriaguerra e Henry Ey e na área da Psicopedagogia com André Berge, segundo Mendonça (2003).

Na altura, a psiquiatria infantil já estava organizada em Paris por George Heuyer; assim João dos Santos encontrou ali grandes possibilidades e oportunidades que o seu país não lhe podia oferecer e foi aí que abriu novos horizontes na sua mente e nos seus estudos e o seu grande interesse pela Psicanálise, conforme Mendonça (2003). Refere a

mesma autora que, em 1950, João dos Santos voltou ao Hospital Júlio de Matos com uma grande experiência dando início a uma nova era na Psiquiatria Infantil “em que cada criança seria compreendida e tratada em função de si própria e da sua circunstância particular” (cit. in Mendonça, 2003, pp. 96-97) por via de uma compreensão dinâmica evolutiva. Os contributos de João dos Santos sucederam-se com a implementação, em 1952, em Campo de Ourique, de um Centro de Saúde Materno – Infantil (Centro Sofia Abecassis) na área da prevenção, evitando perturbações da inter-relação entre mãe e filho, começando mesmo antes do nascimento (“condicionante de possíveis desequilíbrios emocionais no futuro” (cit. in Mendonça, 2003, p. 99)); em 1954 presidindo a Seminários Psicopedagógicos no Colégio Eduardo Claparède e em 1958 reunindo um grupo de seguidores e equipas no Hospital Júlio de Matos, com o objetivo de fomentar o conhecimento, a importância da prevenção e a análise das reações das crianças, segundo informações de Mendonça (2003).

De acordo com Mendonça (2003), em 1958, realizou-se o 4.º Congresso Mundial de Psiquiatria Infantil em Portugal, e com a afluência de pioneiros internacionais e a chamada de atenção, levou a que a Ordem dos Médicos, logo no ano seguinte, reconhecesse a Neuropsiquiatria Infantil como uma nova especialidade. Em 1963, Portugal foi um dos primeiros países europeus a criar uma lei nacional – a Lei 2118 denominada por Lei da Saúde Mental que deu origem à criação de centros de saúde mental em todos os distritos do país, dando lugar a movimentos como a psiquiatria social e uma ligação com os cuidados de saúde primários, segundo Mendonça (2003) e Ministério da Saúde (2008).

Neste contexto, João dos Santos planificou um centro de saúde mental infantil propondo um quadro com uma equipa multidisciplinar constituída por técnicos de varias áreas de intervenção, tendo nascido o Centro de Saúde Mental Infantil de Lisboa em 1965 e, com o 25 de Abril em 74 um imóvel na Travessa da Praia na Junqueira foi-lhe facilitado e assim nasceu a Casa da Praia, um externato de Pedagogia Terapêutica “destinado ao estudo e tratamento de crianças com problemas de aprendizagem escolar” (cit. in Mendonça, 2003, pp. 105-106).

Sempre interessado em criar mudanças na sociedade, planificou um Instituto para a criança com o objetivo de coordenar uma política de saúde nacional e coerente de proteção materno-infantil, segundo Mendonça (2003). Conforme a mesma autora, com a influência de Manuela Eanes, em 1983, foi criado o Instituto de Apoio à Criança que ainda hoje se rege pelos mesmos princípios. Nos anos seguintes e até à sua morte, em 1987, João dos Santos dedicou-se à escrita deixando várias obras, artigos e testemunhos sendo a sua obra final “Casa da Praia: O Psicanalista na Escola” (Mendonça, 2003).

Os anos 90 trouxeram alguns avanços com a aprovação da nova legislação de Saúde Mental (a Lei nº 36/98 e o Decreto Lei nº 35/99), o desenvolvimento de programas de reabilitação psicossocial, e da legislação de apoio ao emprego e, embora tendo um objetivo mais limitado, estes programas permitiram alterar a situação anterior, quando não existiam apoios na comunidade para doentes mentais graves, segundo o Ministério da Saúde (2008).

Em 1992, num artigo de Gonçalves, Martins & Medeiros, estas investigadoras afirmam a existência de preocupações na clínica pedopsiquiátrica, acreditando que devido aos problemas ao nível da função parental havia uma grande necessidade de estabelecer uma resposta psicossocial que fosse mais adequada ao enquadramento das crianças. De acordo com as mesmas autoras, as grandes dificuldades na investigação em Saúde Mental Infantil, nesta altura, residiam no difícil reconhecimento do sofrimento psicológico da criança visto que as queixas eram reportadas por pais e educadores; a existência de

poucas escalas e testes de desenvolvimento adequado à população portuguesa; a sistematização das categorias de diagnóstico existindo para os adultos mas sendo insuficientes para as crianças. Conforme as autoras, as investigações referem que “a patologia do meio influencia negativamente o desenvolvimento psíquico da criança” (cit. in Gonçalves, Martins & Medeiros, 1992, p. 604) revelando a grande importância de estratégias de prevenção, as quais João dos Santos sempre defendeu, para que filhos de pais com perturbações mentais não padecessem da mesma problemática. Posto isto, ainda mais relevo se aplica aos Centros de Saúde Mental mais próximos da comunidade. No entanto, por razões políticas, em 1992, os Centros de Saúde Mental foram extintos integrando-se em departamentos em Hospitais Gerais, por Mendonça (2003) que é corroborado pelo Decreto – Lei n.º 127/92 que refere a reestruturação dos Centros de Saúde Mental com muitas outras exigências passando tais serviços para os Hospitais gerais (Ministério da Saúde, 2008).

Foi apenas em 2008, no dia 24 de Janeiro, que foi aprovado pela Resolução do Conselho de Ministros (RCM) n.º 49/2008 na Assembleia da República, publicado no Diário da República, 1.ª série — N.º 47 — 6 de Março de 2008, p. 1395, o Plano Nacional de Saúde Mental (PNSM) 2007 – 2016. Foi criada a Coordenação Nacional para a Saúde Mental com a responsabilidade de coordenar a implementação deste plano no âmbito do Alto Comissariado da Saúde.

Segundo o Ministério da Saúde (2008), este Plano pretende “assegurar o acesso equitativo a cuidados de qualidade a todas as pessoas com problemas de saúde mental do País, incluindo as que pertencem a grupos especialmente vulneráveis; promover e proteger os direitos humanos das pessoas com problemas de saúde mental; reduzir o impacto das perturbações mentais e contribuir para a promoção da saúde mental das populações; promover a descentralização dos serviços de saúde mental, de modo a permitir a prestação de cuidados mais próximos das pessoas e a facilitar uma maior participação das comunidades, dos utentes e das suas famílias; promover a integração dos cuidados de saúde mental no sistema geral de saúde, tanto a nível dos cuidados primários, como dos hospitais gerais e dos cuidados continuados, de modo a facilitar o acesso e a diminuir a institucionalização” (cit. in Programa Nacional de Saúde Mental 2007 – 2016 pelo Ministério da Saúde, 2008, p. 17). Um impacto positivo e um dos objetivos deste Plano refere a criação de serviços descentralizados, melhorando a acessibilidade e a qualidade dos cuidados, permitindo respostas mais rápidas e próximas das populações.

Os dados que existem do Ministério da Saúde (2008), sugerem que a prevalência dos problemas do foro de saúde mental é muito idêntica em Portugal e nos restantes países europeus com características semelhantes. Sugerem que os grupos mais vulneráveis são mulheres, pobres e idosos, e parecem apresentar um risco mais elevado em Portugal do que no resto da Europa.

Os aspetos negativos que colocam Portugal atrás de outros países europeus mostram-se como falta de planeamento e de apoio consistente à melhoria dos serviços de saúde mental, ou seja, por este Plano Nacional de Saúde Mental (Ministério da Saúde, 2008) e por estudos efetuados, os serviços de saúde mental carecem de acessibilidade, equidade e qualidade de cuidados.

No que toca a recursos, tanto financeiros como humanos, estes encontram-se distribuídos assimetricamente pelo país, divididos entre hospitais psiquiátricos e departamentos de hospitais gerais e entre unidades de internamento e de ambatório, segundo o Plano Nacional de Saúde Mental divulgado pelo Ministério da Saúde (2008). O que coloca o maior entrave ao desenvolvimento e à melhoria destes serviços, são os

baixos recursos atribuídos à saúde mental, se tivermos em conta o impacto real das doenças mentais no funcionamento da vida dos indivíduos que delas sofrem. Em 2012, no documento de Reatualização do Plano Nacional de Saúde Mental registado pelo Ministério da Saúde e pelo Programa Nacional da Saúde Mental (Ministério da Saúde P. N., 2012), refere-se a crise financeira que vivemos atualmente como uma agravante para o aumento da prevalência de algumas doenças do foro da saúde mental podendo até levar ao aumento da taxa de suicídio em alguns setores da população portuguesa. Tais constrangimentos financeiros implicam um repensar de estratégias e aspetos que continuem a conservar o bom funcionamento destes serviços de apoio à população.

Realmente são muitas as dificuldades inerentes à implementação de um Plano desta magnitude até porque “a reduzida participação de utentes e familiares, a escassa produção científica no setor da psiquiatria e saúde mental, a limitada resposta às necessidades de grupos vulneráveis, a quase total ausência de programas de promoção/prevenção” (cit. in Programa Nacional de Saúde Mental 2007 – 2016 pelo Ministério da Saúde, 2008, p. 9) tornam mais difícil o desenvolvimento de uma área tão importante como a Saúde Mental.

Existem também oportunidades que podem colmatar estas dificuldades como programas de cuidados continuados e integrados, o desenvolvimento das unidades de saúde familiar e a criação de unidades de psiquiatria e saúde mental nos hospitais. Um ponto importante é o aumento da capacidade de investigação em psiquiatria e saúde mental, em particular da investigação epidemiológica e de serviços, que se mostra como um fator eficaz para o desenvolvimento de uma cultura de saúde pública e de construção de uma massa crítica (Ministério da Saúde, 2008).

Passando de um quadro geral para um particular, dos Serviços de Psiquiatria e Saúde Mental da Infância e Adolescência, segundo o Plano Nacional de Saúde Mental (Ministério da Saúde, 2008), é claro que é urgente desenvolver serviços e programas que permitam respostas de qualidade às necessidades de cuidados da infância e adolescência, a nível da prevenção e do tratamento, de acordo com a promoção da Saúde Mental Infantil e Juvenil e a melhoria dos cuidados a esta população, favorecendo a comunicação entre os serviços de saúde mental infanto-juvenil e outras estruturas ligadas à saúde, educação, serviços sociais e direito de menores e família.

De acordo com o Plano Nacional de Saúde Mental (Ministério da Saúde, 2008), a organização dos serviços de Psiquiatria e Saúde Mental da Infância e Adolescência deve permitir a prestação de cuidados a três níveis:

- Cuidados de Saúde Primários: em que a prestação de cuidados a este nível é assegurada por Grupos ou Núcleos de Apoio à Saúde Mental Infantil, constituídos por profissionais dos centros de saúde e unidades de saúde familiar, com a consultoria de um Psiquiatra da Infância e Adolescência do serviço especializado local;
- Serviços especializados de nível local: em que os cuidados de nível local são prestados pelos serviços/unidades especializados de Psiquiatria e Saúde Mental da Infância e Adolescência integrados em hospitais gerais;
- Serviços especializados de nível regional: constituídos pelos Departamentos de Psiquiatria e Saúde Mental da Infância e Adolescência de âmbito regional, localizados em Lisboa, Porto e Coimbra, que para além do existente ao nível dos serviços locais asseguram a Serviço de Urgência, a Unidade de Internamento, núcleos de intervenção em áreas específicas para patologias mais complexas e

unidades especializadas para as faixas etárias da primeira infância e adolescência e área de investigação, em ligação com as Universidades.
(Ministério da Saúde, 2008).

Existem ainda serviços destinados a crianças com necessidades muito específicas e que requerem um atendimento em estruturas especializadas, como por exemplo: crianças com Perturbações do Espectro do Autismo (PEA), filhos de pais com doença mental, crianças vítimas de maus tratos e com ligação ao sistema judicial e crianças com perturbação mental grave de evolução prolongada, segundo dados retirados do Plano Nacional de Saúde Mental (2008).

2.2. A Saúde Mental Infantil e a Psicomotricidade

A Saúde Mental Infantil é uma área que requer uma abordagem multidisciplinar e o psicomotricista não será exceção. Nesta parte do relatório, apresenta-se a finalidade e os contributos da intervenção psicomotora em crianças com alterações do foro psicoafetivo. Desta forma, é importante definir ambos os conceitos.

A Saúde Mental, segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS; World Health Organization - WHO), refere-se a uma ampla gama de atividades, direta ou indiretamente relacionadas com o bem-estar mental, incluindo-se na definição de saúde dada pela mesma organização: "Saúde é um estado de completo desenvolvimento físico, mental e bem-estar social e não meramente a ausência de doença ou enfermidade" (cit. in WHO, 2011). Define-se como um estado de satisfação em que cada indivíduo percebe o seu próprio potencial, consegue lidar com as pressões normais da vida, pode trabalhar de forma produtiva e frutífera e é capaz de dar um contributo para a sua comunidade, pela WHO (2011). Em suma, encontra-se relacionada com a promoção de saúde, prevenindo o aparecimento de perturbações do foro psíquico e o tratamento adequado de pessoas que já padeçam de perturbações mentais, segundo a WHO (2011).

Em 2005, foi realizado um documento pela mesma organização que dizia respeito às políticas em saúde mental infantil e adolescente. Referia que as crianças e adolescentes com boa saúde mental são capazes de atingir e manter um bom funcionamento psicológico e social ideal e favorecedor de prazer apresentando uma boa noção de identidade e autoestima, um relacionamento saudável com a família e com os seus pares, a capacidade de ser produtivo e de aprender, assim como uma capacidade para enfrentar os desafios do desenvolvimento e a capacidade de usar os recursos postos à sua disposição para maximizar o seu desenvolvimento, segundo a Organização Mundial de Saúde (WHO, 2005). Além disso, a boa saúde mental das crianças e adolescentes é crucial para a sua participação ativa no panorama social e económico na sua sociedade, sendo assim imperativo promover o desenvolvimento de todas as crianças e adolescentes, tenham ou não problemas de saúde mental, de acordo com a mesma Organização (WHO, 2005).

Segundo a Organização Mundial de Saúde (WHO, 2005), a carga associada a perturbações mentais em crianças e adolescentes é considerável, sendo isso agravado pelo estigma, pela discriminação e pela incompreensão, visto que em muitas situações, as perturbações mentais são mal compreendidas, e as crianças afetadas são erradamente vistas como pouco esforçadas, preguiçosas ou como conflituosas na vida pessoal e académica. A Organização Mundial de Saúde (WHO, 2005) coloca três razões bastante importantes para incentivar intervenções eficazes a crianças e adolescentes. A primeira razão coloca-se na premissa que metade das perturbações mentais começam antes dos 14 anos, por isso, seria benéfico a existência de programas de rastreio, de forma a serem detetadas precocemente e a intervenção ser direcionada para a fase em

que os primeiros sintomas aparecem; a segunda razão assenta no alto grau de continuidade entre perturbações na criança e distúrbios em adolescente passando até para a idade adulta, onde a intervenção precoce poderia prevenir ou reduzir o risco a longo prazo de incapacidade ou de perturbação; e intervenções eficazes poderão reduzir a carga de doenças mentais do indivíduo e da família, reduzindo também os custos para os sistemas de saúde e comunidades. A saúde mental de crianças e adolescentes pode ser influenciada por uma variedade de causas, os fatores de risco aumentam a probabilidade de problemas de saúde mental, enquanto os fatores de proteção moderam os efeitos da exposição ao risco. Políticas, planos e intervenções específicas devem ser concebidos de forma a reduzir os fatores de risco e a aumentar os fatores de proteção (WHO 2005).

O conceito de psicomotricidade e a sua evolução implica, de certa forma, analisar a significância do corpo ao longo da civilização humana, iniciando numa separação entre corpo e mente e, com a chegada do século XIX, com o estudo do corpo pela necessidade de compreensão das estruturas cerebrais, de acordo com Fonseca (1992).

Segundo Wallon e Ajuriaguerra, a psicomotricidade “concebe os determinantes biológicos e culturais do desenvolvimento da criança como dialéticos e não como redutíveis uns aos outros. Daí a sua importância para elaborar uma teoria psicológica que estabeleça relações entre o comportamento e o desenvolvimento da criança e a maturação do sistema nervoso, pois só nessa medida se podem construir estratégias educativas, terapêuticas e reabilitativas adequadas às suas necessidades específicas” (cit. in Fonseca, 1992, p. 16). Em síntese, a psicomotricidade constitui uma ciência humana que articula os processos do desenvolvimento biológico e cultural como bases fundamentais do desenvolvimento do indivíduo desde a sua infância. O conceito de psicomotricidade ganhou uma grande importância, muito devido a Henri Wallon e às suas pesquisas realizadas nesta e desenvolvimento infantil, segundo Fonseca (1992).

A Psicomotricidade apoia-se na relação imprescindível entre a atividade psíquica e motora, considerando que todo o movimento é impulsionador e integrante do comportamento, “concebida como a integração superior da motricidade, produto de uma relação inteligível entre a criança e o meio e instrumento privilegiado através do qual a consciência se forma e se materializa” (cit. in Fonseca, 1992, p. 16). Para João dos Santos, a Psicomotricidade “é a vida psíquica expressa em comportamento. O conjunto de fenómenos que constituem o substrato da vida psíquica – impulsos, emoções, sentimentos, pensamentos – exprime-se através da motricidade” (cit. in Branco, 2000, p. 401). Em suma, a psicomotricidade destaca-se como a representação corporal e comportamental da vida psíquica do indivíduo sendo influenciada pelos seus estados tónicos, emoções, pensamentos e sentimentos, pelo meio que o envolve e onde desenvolveu a sua personalidade, assim como, pela relação que tem com os outros.

Os autores Rodrigues, Gamito & Nascimento (2001), encaram o Corpo através da sua vertente de veículo terapêutico e como um objeto de exteriorização de sintomas de mal-estar. Abordam outro conceito, a Cultura, dividindo-o por duas abordagens, a primeira sendo uma perspetiva relacional entre os seres humanos e outra como “uma fonte geradora dos sintomas das perturbações emocionais e afetivas das crianças” (cit. in Rodrigues, Gamito & Nascimento, 2001, p. 49). A ação terapêutica da psicomotricidade começou a ter relevância a partir dos anos 70 “valorizando-se a componente relacional e os mecanismos do inconsciente” (cit. in Almeida, 2005, p. 58). O objetivo desta prática psicomotora aplica-se na correção, através de uma aprendizagem progressiva, de problemas motores e espaço-temporais, podendo ter um enfoque cognitivo ou instrumental, segundo Martins (2001 in Almeida, 2005, p. 58). O facto é que algumas

perturbações estavam além de um simples défice associado a uma função apenas, e assim, de acordo com Martins (2001), a psicomotricidade começou a tratar-se de uma terapia e em vez de se falar em problemas psicomotores começou a tratar-se de sintomas psicomotores. Segundo o mesmo autor, as perturbações comportamentais, os problemas psicomotores ou o insucesso escolar, apresentam-se como sintomas que não podem ser reduzidos a uma disfunção ou a um défice instrumental, mas sim devido a uma “história pessoal impregnada de repressão e de interdições” (Martins, 2001 cit. in Almeida, 2005, p. 59; Fonseca, 1992).

Assim, revendo a definição de saúde, anteriormente referida, como um estado de desenvolvimento em que a pessoa se sinta bem física, mental e socialmente, desempenhando um papel ativo na sua vida e na sua comunidade, temos o lugar da Psicomotricidade no tratamento de perturbações mentais ou físicas que ponham em causa a adaptabilidade do sujeito ao meio onde se encontra e que coloque em risco o seu desenvolvimento e bem-estar. A Organização Mundial de Saúde (WHO, 2011) refere que a grande maioria das perturbações mentais aparece antes da idade de 14 anos, ou seja, na infância o que coloca uma maior importância na área da Saúde Mental Infantil na prevenção e tratamento precoce destas perturbações.

Henri Wallon esforçou-se por demonstrar a relação recíproca entre as funções mentais e motoras, conduzindo assim a um elemento base na construção da identidade e personalidade da criança – o esquema corporal (Fonseca, 1992). O objetivo do seu pensamento e estudo era a observação da criança na sua totalidade e no seu envolvimento rejeitando as abordagens simplistas e unidimensionais que se haviam criado sobre o desenvolvimento infantil (Fonseca, 1992). As experiências motoras e o corpo apresentam um papel importante no processo de maturação da criança e na estruturação da sua personalidade, ou seja, a construção de uma estrutura psicoafetiva dá-se através do que a criança vivenciou e organizou com o seu próprio corpo dependendo das “experiências relacionais positivas ou negativas que a criança experimentou nos primeiros anos” (cit. in Almeida, 2005, p. 59). Segundo Vecchiato (2003 in Almeida, 2005), a estrutura psíquica a que se chama Eu corporal conduz todas as etapas evolutivas da criança.

Por sua vez, Winnicott (1965, cit. por Bateman & Holmes, 1998 in Almeida, 2005), refere que a mãe tem um papel de bolsa contentora de angústias como se de uma barreira de proteção para o bebé se tratasse incluindo o holding e o handling, ou seja, a forma como o bebé é tratado e cuidado e como leva a criança a assumir-se como um indivíduo diferente da mãe e a não ter medo do mundo, respetivamente. Assim, de acordo com o mesmo autor, a função psíquica destes processos manifesta-se pela sua interiorização como um objeto de suporte. Outro investigador do desenvolvimento e da estruturação da personalidade, Bion (1962, cit. in Bateman & Holmes, 1998 in Almeida, 2005), introduz o conceito de continente - conteúdo, sugere que a mãe é como um continente para todos os sentimentos projetados de dor, ódio e desprazer do bebé. Tais sentimentos, segundo o mesmo autor, são filtrados pela presença cuidadora e securizante da mãe e devolvidos por esta ao bebé para que este se sinta cuidado e protegido em vez de inseguro como nas projeções iniciais. Uma característica fulcral para que o bebé se possa conhecer a si e às suas diferentes partes e compreender a sua relação com os outros.

De acordo com Waddell (2003 in Almeida, 2005), se o bebé for contido física e emocionalmente de forma segura e contentora, vai poder integrar um pré-requisito para o desenvolvimento que é a capacidade de contenção interna. Capacidade que se pode descrever como o processo de separação – individuação que coloca grande importância na relação corporal e física entre o bebé e a mãe iniciando-se por volta dos 4/5 meses

que se marca por um afastamento e criação de limites e pelo desenvolvimento das funções autónomas como a memória e as capacidades cognitivas, segundo Liberman (1998 in Almeida, 2005). O sucesso deste processo está depositado na mãe e se esta não se encontra com uma postura disponível a criança pode não conseguir integrar as imagens dos objetos e do mundo à sua volta, de acordo com Bateman & Holmes (1998 in Almeida, 2005). O papel do pai também é importante visto que tem como função separar a mãe da criança, segundo Vecchiato (2003 in Almeida, 2005). As perturbações psicoafectivas e psicomotoras podem ser originadas por falhas no desenvolvimento inicial do bebé caracterizado pela construção do Eu corporal criado pelo contacto corporal entre a mãe e o pai, na opinião de Almeida (2005).

As estruturas da personalidade da criança formam-se nos primeiros anos de vida, sendo uma etapa base para o equilíbrio psicoafectivo, no entanto a criança, nesta fase ainda muito precoce, não se consegue exprimir ou comunicar de forma verbal e sendo assim a sua personalidade constrói-se através de experiências relacionais que são vivenciadas pelo contacto corporal com o mundo que a rodeia. Quando esta etapa não é construída de forma securizante e contida principalmente pela mãe ou prestador de cuidados podem surgir perturbações ao nível emocional e psicoafectivo, relacional e comportamental e aqui coloca-se a intervenção pela psicomotricidade relacional que permite à criança o reviver da sua história, valorizando-se a expressão corporal, pelo movimento não - verbal numa relação com o técnico de espontaneidade, de escuta, segurança e contenção. Numa equipa de saúde mental, o psicomotricista representa um papel importante devido às suas capacidades de intervir através de uma abordagem corporal que entre “em contacto com os núcleos originais da personalidade, falando e compreendendo a linguagem tónico – emocional do corpo, para assegurar a sua evolução” (cit. in Almeida, 2005, p. 62).

Assim, a intervenção em Psicomotricidade pode incidir sobre duas componentes: a relacional e a instrumental. Segundo Martins (2001), a componente relacional envolve a reconstrução da identidade, possibilitando a expressão livre, tendo como agente securizador o técnico que vai garantir o desejo de relação com o mundo e com o outro. A componente instrumental procura experiências mais sensório - motoras estimulando o desenvolvimento percetivo e atividade simbólica apresentando uma relação com as características espaciais e temporais do envolvimento; aqui todas as formas de expressão são exploradas e dá-se importância à intencionalidade e à consciencialização da ação, segundo os autores supracitados. No entanto, as situações devem ser vividas como situações de sucesso para que a criança estabeleça uma relação entre o seu desempenho e a ação que possa quebrar os seus bloqueios e ansiedades melhorando também a sua autoestima e confiança, segundo Rodrigues, Martins & Rodrigues (2003).

O principal objetivo da intervenção, de acordo com Rodrigues, Martins & Rodrigues (2003), será o estabelecer de uma relação terapêutica com as crianças e entre cada uma delas no grupo e assim “permitirá o desenrolar de jogos de grupo, dinâmicas de grupo e permitirá a existência de espaço, para a criança se exprimir dramática e corporalmente” (cit. in Rodrigues, Martins & Rodrigues, 2003, p. 90; Marta e Rodrigues, 1994) podendo a psicomotricidade utilizar métodos de diversas áreas como a dança, música ou pintura segundo João dos Santos (in Rodrigues, Martins & Rodrigues, 2003). Em suma, a intervenção psicomotora utiliza o corpo como mediador da relação entre a criança e o técnico e onde as crianças manifestam os seus conflitos internos através da expressão motora, sendo que esta expressão tem de ser compreendida e dirigida pelo técnico de forma a desbloquear tensões (Rodrigues, Martins & Rodrigues, 2003).

Tais evidências, segundo Aucouturier & Lapierre (1988 in Almeida, 2005), levam o técnico a valorizar uma intervenção de incidência relacional e psicoafectiva através de uma aprendizagem que não se centre no sintoma de forma a o eliminar em vez de o fixar permitindo que perca o interesse e acabe por desaparecer. Escondendo o sintoma por detrás de classificações como falta de atenção, instabilidade psicomotora ou dificuldades psicomotoras ou de aprendizagem não permite à criança que ela se exprima através deste sintoma e pode até aumentar as tensões e as angústias internas, segundo Almeida (2005). O facto de reprimirmos o movimento ou instabilidade motora de uma criança pode levar a uma angústia interna e uma extrema frustração por se querer movimentar e não poder, traduzindo-se em distúrbios psicossomáticos na criança, explica o mesmo autor.

No que se refere às estratégias de intervenção podem dividir-se em duas vertentes: comportamental e cognitiva, segundo Rodrigues, Martins & Rodrigues (2003). As estratégias comportamentais não se utilizam na correção de comportamentos mas sim na gestão de conflitos e da relação embutindo regras e atitudes que podem ser mudadas pelo grupo, de acordo com os mesmos autores. Seguindo esta linha de pensamento, podemos deduzir que estas estratégias utilizadas em contexto de grupo, permitem criar e influenciar as regras, que são uma mais-valia para gerir situações de conflito no próprio grupo.

De acordo com Chappaz-Pestelli (1994), referido por Martins (2001 in Almeida, 2005), ao valorizar a perspetiva relacional e psicoafectiva na intervenção terapêutica permite o reviver de uma relação entre mãe e bebé e todos os prazeres que esse vínculo lhe traz remetendo para uma corrente psicodinâmica de pensamento. Segundo Strecht (2004 in Almeida, 2005), esta corrente de pensamento coloca-se como a mais completa pois inclui a criança e/ou adolescente como um todo, analisando as suas múltiplas ligações e história de vida incluindo o seu passado, presente e futuro assim como a família e a sua dinâmica, amigos, a escola e a comunidade onde se insere integrando todas as redes de apoio a que a criança/adolescente possa ter acesso e usufruir.

2.3. Caracterização do local de estágio

2.3.1. Centro Doutor João dos Santos – Casa da Praia

O Centro Doutor João dos Santos – Casa da Praia foi criado em 1975 que, nos seus primeiros anos, desde a data da sua criação até 1992, foi caracterizado como um serviço especializado do Centro de Saúde Mental Infantil e Juvenil de Lisboa (Casa da Praia, 2009). De acordo com Casa da Praia (2009), nesse último ano, no dia 3 de Julho, pelo Decreto-lei nº. 127/92, os Centros de Saúde Mental foram reestruturados sendo esta casa extinta. Reabriu depois em Setembro desse mesmo ano com o nome de Centro Doutor João dos Santos como uma instituição privada sem fins lucrativos. Por fim, em “29 de Agosto de 1994 foi aceite como Instituição Particular de Solidariedade Social (I.P.S.S.), D.R. nº. 199, com efeitos a 11.05.93” (cit. in Casa da Praia, 2009).

Segundo João dos Santos (1988), a Casa da Praia é uma casa em festa, um local que remete a uma vivência coletiva, à formação de um grupo. A palavra Casa sugere a existência de uma família, de um lar e Praia pois situa-se na Travessa da Praia junto à Junqueira. Esta instituição destina-se ao apoio sócio-médico-psicopedagógico a crianças que apresentem dificuldades de aprendizagem por razões do foro emocional ou comportamental, de acordo com Ramos, Silvério & Strecht (2005).

Constitui ainda uma referência na área da Saúde Mental Infantil, a nível nacional, no âmbito da educação, de recursos e de formação para a comunidade envolvente, segundo Ramos, Silvério & Strecht (2005). Posto isto, devido à sua localização geográfica, atua

prioritariamente nas crianças que residam ou frequentem as Escolas ou Instituições das freguesias de Alcântara, Ajuda e Santa Maria de Belém, pelos autores supramencionados.

A instituição funciona diariamente das 9 às 17 horas, tendo uma capacidade média de atendimento de 46 a 50 crianças, com idades compreendidas entre os 5 e os 12 anos, ou seja, entre o último ano do jardim infantil, 1º. Ciclo e primeiro ano do 2º. Ciclo do ensino básico (Casa da Praia, 2009). O trabalho é desenvolvido por uma equipa multidisciplinar com supervisão pedopsiquiátrica nos mesmos moldes e valores que João dos Santos sempre valorizou.

2.3.2. Caracterização do espaço

O Centro Doutor João dos Santos – Casa da Praia situa-se na Travessa da Praia, nº 6 junto à Rua da Junqueira em Lisboa. É uma moradia antiga e modesta, considerado património municipal como afirma a placa que tem afixado na frente da casa. É revestida por azulejos azuis com um portão antigo branco que, ao lado, apresenta uma placa em tom de bronze onde se encontra escrito o nome da instituição em caligrafia e o logótipo. Observando em redor, é uma Casa que se destaca pela sua simplicidade e alegria nas cores e barulhos que vêm de dentro.

Quando se entra na Casa tudo tem cor e cheiro. Contaminados pelo cheiro do almoço caseiro e pela riqueza de desenhos, enfeites e textos que preenchem as paredes coloridas. No rés-do-chão, temos um corredor que nos liga a diversas salas, imediatamente à nossa esquerda temos a sala de espera com livros, jogos, lápis e canetas, mesas e cadeiras, um sofá com grandes almofadas e um armário logo à nossa frente também recheado de jogos infantis. No chão, perto da janela, estão dois grandes cestos com carros e outros brinquedos. Passada a sala de espera temos à direita a cozinha e as escadas para o andar inferior e à esquerda temos duas salas, o refeitório em frente, a casa de banho e as escadas para o piso superior.

Descendo as escadas encontram-se três salas de grupo onde nenhuma parede fica despida, mostrando trabalhos, desenhos, textos ou cores. Tem também um ateliê/oficina de pintura e trabalhos manuais onde as crianças podem realizar os seus projetos. Recheado de pincéis, tintas, linhas, papéis de diferentes tons e texturas e gavetas, cada uma com tesouros escondidos para colar nos trabalhos. É também neste piso que se encontra o ginásio, a sala de materiais, um pequeno balneário e uma casa de banho. Este piso dá acesso ao recreio, com um pequeno campo de futebol e uma área coberta onde se encontram muitos brinquedos. Todas as portas das salas se encontram pintadas e decoradas, quer com bonecos, fotografias, desenhos ou algo que as crianças da sala tenham construído.

Voltando ao rés-do-chão e subindo as escadas íngremes para o piso superior temos um corredor com duas salas de observações psicológicas ou de acompanhamentos psicoterapêuticos em frente, à esquerda uma casa de banho e a sala de reuniões ao lado onde para além das reuniões clínicas é um local de lazer e onde a equipa se reúne. Temos também uma sala de observações e onde os estagiários, por exemplo, têm espaço para fazer algumas das suas pesquisas e um ateliê de artes plásticas com uma grande placa de cortiça na parede onde as crianças prendem as folhas as pintam. Em frente ao ateliê temos uma porta que dá para um local de arrumos, à esquerda o gabinete da assistente social e do outro lado a secretaria. Neste piso temos ainda uma grande porta amarela que ao abrir descortina umas escadas íngremes para o sótão que funciona como arrecadação e local de arrumação.

2.3.3. Objetivos

Segundo Ramos, Silvério & Strecht (2005), os objetivos desta instituição direcionavam-se para a prevenção de problemas funcionais e/ou instrumentais das crianças que apresentassem sinais precoces de dificuldades escolares; atender a crianças com uma desadaptação inicial à escola que fuja à sua evolução normal; investigar o verdadeiro significado terapêutico e pedagógico das dificuldades de aprendizagem e o seu modo de solução e ainda a formação de técnicos qualificados para trabalhar com crianças com estas problemáticas.

Ao longo da evolução da instituição, tais objetivos foram revistos de forma a serem especificados e a se direcionarem às necessidades da população-alvo e comunidade envolvente, continuando assentes num modelo de Pedagogia Terapêutica que não pode ser encontrado sem uma equipa multidisciplinar onde se pode destacar a prestação de apoio médico, social e educativo especializado a cada criança que frequente a instituição, na opinião de Rodrigues, Martins & Rodrigues (2003). Os objetivos, citando Casa da Praia (2009) são:

- Prestar apoio sócio-médico-educativo especializado direto a crianças que já se encontram ou se encaminham para situações de evidente risco e desvantagem social, por razões de ordem escolar, familiar ou pessoal.
- Promover estratégias de intervenção precoce, a nível de jardim infantil, da escola e da família, procurando ir ao encontro das dificuldades das crianças, tanto no aprender na escola como no viver com os outros, prevenindo desajustamentos futuros mais graves.
- Aperfeiçoar, no trabalho concreto com as crianças, as metodologias de observação e diagnóstico das suas dificuldades, para um levantamento mais completo das suas necessidades especiais, promovendo de modo mais eficaz a solução para os seus impasses evolutivos.
- Prosseguir na investigação das múltiplas vertentes dos atrasos de desenvolvimento e das inadaptações pessoais, familiares, sociais e escolares, e nos modos mais adequados de nelas intervir, assim alargando e aprofundando as ideias do Doutor João dos Santos.
- Promover e colaborar em ações formativas para técnicos de educação, de serviço social e de saúde, nomeadamente através de estágios na Casa da Praia, assegurando, assim, a transmissão da sua experiência específica, nas respostas a dar às necessidades das crianças imaturas e desajustadas.

Na criação da instituição, João dos Santos, de acordo com Barros, Marta, Morato e Rodrigues (1990 in Rodrigues, Martins & Rodrigues, 2003), colocou quatro pressupostos que se completam entre a compreensão psicológica do desenvolvimento infantil e a aprendizagem sendo esses a função maternal, os problemas afetivos, o papel da fantasia e o papel da família. Tais pressupostos, segundo Rodrigues, Martins & Rodrigues (2003), regem o trabalho na instituição com o objetivo de dar respostas aos problemas afetivos e conflitos internos das crianças promovendo, assim, uma reconstrução do Eu através de um desbloquear dos seus processos cognitivos (Marta, Morato e Rodrigues, 1990; Barros, 1999). No entanto, para as crianças conseguirem ultrapassar as suas dificuldades é imprescindível que o local onde se encontrem seja equilibrado e harmonioso assim como a existência de um toque maternal, segundo João dos Santos (in Rodrigues, Martins & Rodrigues, 2003). Pelos mesmos autores, as crianças atendidas ou já se encontram ou estão a encaminhar-se para uma situação de risco ou desvantagem social por razões escolares, familiares ou mesmo de ordem social.

2.3.4. População atendida

Esta Casa é um externato que se destina a crianças dos 5 aos 12 anos que, “não sendo intelectualmente débeis ou psicóticas, apresentam dificuldades na iniciação escolar e, em particular, na aprendizagem da leitura e da escrita” (Branco, 2000, p. 110). Destina-se ao estudo, diagnóstico e tratamento de crianças com dificuldades escolares, que segundo João dos Santos (1988; Branco, 2000; Rodrigues, Gamito & Nascimento, 2001), advinham um estado depressivo, de conflitos internos que a criança resolve através de comportamentos de instabilidade, bloqueio e imaturidade.

A constatação que todas as crianças, sem deficiências visíveis que pudessem provocar tais dificuldades escolares, eram tristes levou a que João dos Santos criasse um Externato de Pedagogia Terapêutica “para as curar da tristeza” (cit. in Branco, 2000, p.111). As crianças “tristes” da Casa da Praia, segundo Rodrigues, Gamito & Nascimento (2001), maioritariamente pertencem a famílias de classes sociais desfavorecidas e muitas apresentam em comum experiências dramáticas ou traumáticas. Em algumas crianças tornava-se perceptível que eram maltratadas, mal - cuidadas, “filhos de pais que os abandonam em casas de avós, vizinhos ou instituições de caridade” (cit. in Rodrigues, Gamito & Nascimento, 2001, p. 50). Na Casa da Praia e através do modelo de João dos Santos, estas crianças podiam ser ajudadas e acarinhadas com o objetivo de atingirem as exigências escolares, segundo Rodrigues, Gamito & Nascimento (2001).

O alcançar deste contexto em que as crianças se sintam compreendidas e acarinhadas encontra-se assente no apelo à fantasia, enquanto uma “estrutura de pensamento abstrato e simbólico” (cit. in Rodrigues, Martins & Rodrigues, 2003), que se pode desenvolver através de diversas formas de expressão deixando a criança segura e contida para expressar todos os seus conflitos internos. Estas diferentes formas de expressão, de acordo com Rodrigues, Martins & Rodrigues (2003), permitem à criança explorar, expor, gerir e organizar o seu mundo interno de diferentes formas e atribuindo diferentes sentidos permitindo estar mais disponível às aprendizagens escolares.

Nesta instituição, também por metodologia de João dos Santos, segundo Rodrigues, Martins & Rodrigues (2003), a família destas crianças é não só implicada no processo de intervenção como responsabilizada e apoiada, e encarada como uma parceria com a instituição com o objetivo de procurar o melhor projeto de vida para as suas crianças. João dos Santos acreditava que “a base para iniciar a escolaridade encontra-se na relação precoce maternal e paternal, no gesto (linguagem) e na atividade simbólica (representação mental)” (cit. in Rodrigues, Martins & Rodrigues, 2003, p. 86). Segundo Barros (1999 in Rodrigues, Martins & Rodrigues, 2003), o insucesso das crianças que frequentam a Casa da Praia advém de lacunas na vida afetiva, na psicomotricidade e na linguagem que permitem a criação do pensamento reflexivo e o raciocínio.

As crianças são encaminhadas por diferentes serviços, centros de saúde, hospitais ou até mesmo escolas, com os quais a família tem contacto e onde pedem ajuda. A maioria das famílias, apresenta queixas de dificuldades de aprendizagem ou problemas de comportamento caracterizados como inibição ou instabilidade motora, como a grande fatia dos pais refere, segundo Rodrigues, Martins & Rodrigues (2003). São inseridas e integradas em grupo ou individualmente sempre num apoio pedagógico-terapêutico, não fosse esta a linha primordial de intervenção.

2.3.5. Funcionamento/Organização da Instituição

Como já foi referido, a Casa da Praia foi construída como um Externato Pedagógico (Rodrigues, Martins & Rodrigues, 2003) funcionando diariamente das 9 às 17 horas tendo

uma capacidade média para atender entre 46 a 50 crianças sendo um trabalho desenvolvido por uma equipa multidisciplinar sendo a base da dinâmica da instituição, segundo Casa da Praia (2009). Segundo Casa da Praia (2009), cada criança é acolhida na Casa e entendida em toda a sua complexidade e é-lhe proporcionado um espaço securizante e contendor para que a aprendizagem se consiga desenvolver em harmonia. Pela mesma fonte, a Casa “pretende ser um espaço que organiza e (re) - constrói a autoimagem e a confiança, estimula e desperta a curiosidade para novas aprendizagens”.

Os pedidos de observação para apoio ou orientação partem, sobretudo, das Equipas de Educação Especial, dos Serviços de Psicologia e Orientação, dos Diretores das Escolas, dos Médicos de Família, das Famílias, da Santa Casa da Misericórdia e do Departamento de Pedopsiquiatria do Hospital de D. Estefânia (ambos por protocolo), bem como de outras Instituições da comunidade, como a Casa Pia de Lisboa, segundo Ramos & Silvério (1999) e Casa da Praia (2009).

De acordo com Ramos & Silvério (1999) e Casa da Praia (2009), o recurso aos serviços da Casa da Praia foi evoluindo constituindo-se como um serviço de “referência na procura de respostas diferenciadas a problemáticas sócio - educativas, cada vez mais emergentes e cuja complexidade requer uma avaliação e intervenção especializadas” (cit. in Ramos & Silvério, 1999, p. 47).

Após o pedido de observação realizado pelas instituições já referidas o processo de admissão da criança tem de passar por diversos processos. Segundo Ramos & Silvério (1999), a admissão implica a observação psicopedagógica da criança em ambiente informal por um professor ou educador especializados que procura estabelecer uma relação com a criança permitindo a sua adesão às tarefas que lhe são pedidas de forma a avaliar também o contacto que a criança estabelece e o que ela entende do mundo que a rodeia através das suas histórias e fantasias. Também exige a recolha de dados junto da escola e/ou instituição que a criança frequenta e junto da família ou substituto através da entrevista de acolhimento com o objetivo de recolher dados da evolução da criança e da dinâmica familiar em que ela se insere, segundo os autores supracitados. É importante reiterar que o educador/professor que observa inicialmente a criança apenas sabe o seu nome e idade, não tendo qualquer outro conhecimento sobre a mesma antes da observação, nem do relatório de pedido de observação onde se mencionam as queixas e dificuldades, de forma a torná-lo imparcial na análise e avaliação da criança.

Através de todos os dados recolhidos tem-se uma discussão do caso da criança em reunião de equipa para reflexão e avaliação de todas as informações recolhidas na observação confrontando com as informações dadas pela família e pela escola, segundo Ramos & Silvério (1999). A análise e discussão são acompanhadas por toda a equipa que participa na formulação de uma hipótese de diagnóstico de forma a compreender o caso, que pode evoluir de forma pedagógica e terapêutica daí a existência de reuniões periódicas de reavaliação e progressão de cada caso, pelos mesmos autores. De acordo com João dos Santos (in Casa da Praia, 2009), é importante que a equipa seja “um conjunto de pessoas que, tendo formações e habilitações diferentes, discute, periodicamente, o mesmo caso de forma a aferir pontos de vista, não só técnicos, mas também afetivos, de acordo com as suas feições caracteriais e emocionais”.

Nestas Reuniões Psicopedagógicas, o educador/professor apresenta tarefas que a criança teve de desempenhar durante a observação que, geralmente, consistem num desenho livre com a respetiva história escrita pela criança ou se esta recusar ou não conseguir será escrita pelo adulto; um desenho da família com a identificação dos seus diferentes membros e a sua respetiva descrição e ainda alguns exercícios de Língua Portuguesa e de Cálculo Matemático que sejam adequados ao seu nível de escolaridade.

São realizadas também perguntas de noções espaço-temporais que vão desde a descrição da sua rotina diária aos dias da semana ou meses do ano, a reflexão do técnico sobre o envolvimento da criança durante a observação, a sua atitude e a capacidade de estabelecer uma relação. Estas reuniões de discussão e de reavaliação são abertas aos professores da criança, técnicos implicados na intervenção da criança e inclusive estagiários da instituição.

De acordo com os resultados da reunião de equipa podem ser delineadas quatro linhas de ação diferentes. Segundo Ramos & Silvério (1999), se a criança não se enquadrar no âmbito da intervenção da instituição será encaminhada para outro serviço ou instituição de imediato ou após algum tempo de observação; através de intervenção na família ou na escola dando um apoio indireto à criança; pelo apoio pedagógico terapêutico ou psicoterapêutico individual (em algumas situações específicas) ou apoio pedagógico terapêutico em grupo sendo o modelo privilegiado com intensidade variável consoante as necessidades de cada criança.

O apoio de todas as crianças implica ainda um trabalho contínuo com as suas famílias ou substituto através de reuniões e encontros, acompanhamentos ou consultas terapêuticas e com a escola através de reuniões de avaliação e discussão da evolução da criança quer de forma presencial ou por contacto telefónico, segundo Ramos & Silvério (1999).

2.3.6. Constituição dos grupos

Todo o trabalho realizado na Casa da Praia está assente na sua equipa multidisciplinar formada por técnicos de diferentes áreas de formação sempre com supervisão pedopsiquiátrica (Ramos & Silvério, 1999). Cada caso é discutido periodicamente com a presença dos membros da equipa onde podem e devem dar as suas opiniões técnicas e afetivas sobre a evolução da criança, segundo os autores supracitados.

Desta forma, pode estabelecer-se uma coerência no processo de intervenção da criança, na linguagem e nas estratégias de intervenção utilizadas e articuladas com cada técnico (Ramos & Silvério, 1999). Após a discussão do caso, a maior parte das crianças são integradas em grupos organizados consoante a fase de comunicação em que se encontram, distribuindo-se por três níveis (Casa da Praia, 1995; Ramos & Silvério, 1999; Rodrigues, Gamito & Nascimento (2001). Cada grupo é da responsabilidade de um educador ou professor, com a colaboração de um técnico de psicomotricidade e ainda o recurso a ateliês de pintura e de expressão plástica (Casa da Praia, 1995; Ramos & Silvério, 1999).

Os três grupos denominam-se:

1. Fase de Comunicação Direta - Concreta: Grupo de “estimulação global”

Geralmente constituído por crianças mais novas, por crianças imaturas de um ponto de vista afetivo e relacional com uma necessidade de uma maior proximidade e uma relação direta e mais maternal com o educador dando-lhes a oportunidade de reconstruírem vivências primárias, segundo Rodrigues, Gamito & Nascimento (2001). “Por vezes, é necessário “voltar atrás” para recuperar etapas ou preencher lacunas evolutivas” (cit. in Ramos & Silvério, 1999, p. 52). Nesta fase privilegia-se atividades de expressão plástica, jogos, dramatizações e à palavra como suporte de um sentir e conhecer diferentes vivências, segundo Casa da Praia (1995) e Ramos & Silvério (1999). Estes processos facilitam o desenvolvimento da autonomia da criança, auxiliam na adesão aos rituais da escola e o desenvolvimento de diversas formas de expressão mais do que a aquisição de conhecimentos (Casa da Praia, 1995; Ramos & Silvério, 1999). Esta fase permite o

desenvolvimento da imaginação e de adaptação a diferentes situações com a expressão dos seus sentimentos, medos e frustrações de variadas formas.

2. Fase de Comunicação Intermédia: Grupo intermédio ou “das letras”

Segundo Ramos & Silvério (1999), este grupo representa a transição da comunicação direta para uma comunicação diferenciada que impõe às crianças uma capacidade para entender sinais, símbolos e signos que a escola impõe. É constituído por crianças que já convivem com a aprendizagem formal da leitura e escrita mas que, de alguma forma, “obtiveram resultados negativos o que as levou ao desinteresse, à insegurança, ao bloqueio da capacidade de aprender, imaginar e pensar” (cit. in Rodrigues, Gamito & Nascimento, 2001, p. 51). Na sua maioria, as crianças não têm noção do tempo nem do espaço podendo não saber onde vivem ou em que meses estão (Casa da Praia, 1995; Ramos & Silvério, 1999; Rodrigues, Gamito & Nascimento, 2001). O objetivo neste grupo coloca-se na criação de uma dinâmica relacional que permita a descoberta do que cada um sente, sabe e é capaz de realizar através da expressão corporal, oral, gráfica e escrita de forma livre (Casa da Praia, 1995; Ramos & Silvério, 1999; Rodrigues, Gamito & Nascimento, 2001).

De acordo com Ramos & Silvério (1999), neste grupo tenta-se averiguar, de uma forma mais natural possível, encontrar o ponto de fratura que dificulta o processo evolutivo da criança e através da promoção de um clima de segurança e de troca de experiências gratificantes tanto para a criança como para o adulto que permita a aquisição de novos conhecimentos e aprendizagens. Por vezes, pode ser necessário voltar atrás para se recuperar etapas perdidas da evolução da criança, segundo os mesmos autores. Começa a atribuir-se um significado à linguagem escrita como forma de comunicação indireta e como suporte do pensamento e de conhecimento, pelos autores supracitados.

3. Fase de Comunicação Sinalética – Abstrata: Grupo de nível mais avançado ou “intelectual”

Este grupo, geralmente, é constituído por crianças que já passaram pelo grupo intermédio e que já dominam o código escrito, compreendem a sua função e iniciaram a sua utilização, segundo Ramos & Silvério (1999). Neste espaço tenta-se estimular afetivamente as crianças a aprender através do desenvolvimento da fantasia, da imaginação e do pensar (Ramos & Silvério, 1999; Rodrigues, Gamito & Nascimento, 2001). São intensamente estimuladas e valorizadas todas as formas de expressão de que a criança é potencialmente capaz, sendo encorajadas a descobrir ou desenvolver as aquisições do património cultural da sua comunidade, segundo Casa da Praia (1995).

É um espaço que “organiza e reconstrói a autoimagem e confiança, estimula e desperta a curiosidade para novas aprendizagens” (cit. in Rodrigues, Gamito & Nascimento, 2001, p. 51). Por Emílio Salgueiro (in Casa da Praia, 1995, p. 6), o grupo proporciona “um espaço de reflexão, reconstrução e encontro” que permite o desenvolvimento mental de cada criança.

Posta a definição de cada grupo, é relevante referir que todas as crianças são avaliadas periodicamente em reunião de equipa o que, com a evolução da criança, pode resultar numa mudança de grupo e na alteração das condições do seu processo de intervenção. Segundo Casa da Praia (1995), as crianças, preferencialmente, e consoante a sua evolução vão mudando de grupo do menos para o mais avançado, muitas até passando pelos três. Para cada criança, o objetivo final da intervenção é a integração total na escola (Casa da Praia, 1995).

2.3.7. Modelo Terapêutico

As principais ideias da Filosofia Orientadora da Instituição baseiam-se na assunção que a arte de curar e de educar é, na sua base, idêntica e que a psicologia e a pedagogia são duas áreas que podem enriquecer uma com a outra, segundo Barros (1999). As crianças que apresentam dificuldades de adaptação à escola primária e na relação com os outros, estas derivam de desvios na sua evolução normal ou de perturbações emocionais e psíquicas que já se encontram demasiado organizadas para poderem ser resolvidas através de uma orientação pedagógica, segunda a mesma autora.

Os pedopsiquiatras e outros técnicos com habilitações nesta área, devem incidir o seu trabalho na investigação, no rastreio e tratamento destas perturbações precocemente, de acordo com Barros (1999). Nesta linha de pensamento pode-se afirmar que o campo de ação deve encontrar-se prioritariamente nos centros materno-infantis, infantários e jardins-de-infância (Barros, 1999).

Segundo Barros (1999), a base para iniciar a escolaridade encontra-se na relação precoce maternal e paternal, no gesto e na atividade simbólica. A vida afetiva, a psicomotricidade e a linguagem encontram-se na base do pensamento reflexivo e raciocínio, portanto é a partir destes pressupostos que se pode descobrir onde ocorreu o ponto de fratura na aquisição de tais aprendizagens e começar a partir daí, conforme Barros (1999). Na opinião de João dos Santos (in Barros, 1999), quando estes níveis não são devidamente avaliados em conformidade com o contexto familiar as crianças confrontam-se com o insucesso escolar.

Relativamente à função maternal, segundo Barros (1999), para que a criança tenha um bom desenvolvimento emocional e psicomotor a relação entre mãe bebé e desta com o meio social onde se inserem deve desenvolver-se em harmonia. No plano de intervenção implica a criação de condições favoráveis para que a criança possa reconstruir a sua identidade introduzindo esses fatores no ambiente da casa e nos grupos conduzindo, progressivamente, à linguagem simbólica (Barros, 1999; Rodrigues, Martins & Rodrigues, 2003). Na perspetiva de João dos Santos (in Barros, 1999), os problemas das crianças que falham na passagem do pensamento concreto ao abstrato, na maior parte das vezes, estão relacionadas com insuficiências nas interações precoces levando a que a criança não adquira a sua autonomia. A expressão de problemas afetivos significa a “existência de conflitos internos, isto é, o processo de separação/individuação que muitas crianças não conseguem arranjar solução para este conflito natural, começando a estruturar-se de forma depressiva, bloqueando frequentemente os processos cognitivos” (cit. in Barros, 1999, p. 64).

A dimensão terapêutica na intervenção pretende facilitar o recurso à fantasia através de diversas formas, quer por expressão plástica ou leitura de histórias facilitando, através desta simbolização, “conflitos que se escondem por trás da tristeza ou da inquietude” (cit. in Barros, 1999, p. 65) estabelecendo um equilíbrio entre a fantasia e a realidade externa. Quanto ao papel da família podemos afirmar que, embora os sintomas reativos da criança estejam relacionados com a sua evolução interna também se relaciona com o tipo de comunicação familiar afetiva e educativa, segundo Barros (1999). João dos Santos (in Barros, 1999) reforça a influência da atitude dos pais que actuam no processo pedagógico-terapêutico, sendo que o apoio dos pais é determinante na intervenção.

O método de trabalho preconizado por João dos Santos, com jovens perturbados e suas respetivas famílias denomina-se de Pedagogia Terapêutica e pode concluir que a desadaptação escolar e social de crianças e jovens tinha a sua origem em meios familiares desajustados, segundo Barros (2000) e Ramos, Silvério & Strecht (2005). Em

1976, João dos Santos (Rodrigues, Barros, Marta & Morato, 1990; Barros, 1999; Rodrigues, Gamito & Nascimento, 2001; Ramos, Silvério & Strecht, 2005) expõe a sua conceção de Pedagogia Terapêutica caracterizando-se como uma forma de atuação perante uma criança que apresenta dificuldades escolares temporárias, ou seja, não causadas por uma disfunção biológica que não permitam a capacidade de aprender, devendo-se praticar em instituições ou por professores na escola que tenham conhecimentos para tal. “A Pedagogia Terapêutica averigua e aprecia o ponto de fratura que entrava o processo de aprendizagem e intervém a esse nível” tendo em conta a matriz cultural e familiar (João dos Santos, 1976 cit. in Barros, 1999 in Rodrigues, Gamito & Nascimento, 2001; Ramos, Silvério & Strecht, 2005).

O instrumento fundamental da terapia na Casa da Praia é a pedagogia e caracteriza-se como terapêutica porque tem em conta a fase de comunicação em que a criança se encontra e a relação que estabelece com o educador/professor, segundo Barros (1999) e Ramos, Silvério & Strecht (2005). Os meios da Pedagogia são utilizados não para avaliação de conhecimentos académicos mas sim como instrumentos à disposição da criança “do ponto de vista projetivo, tendo em vista uma melhoria no seu funcionamento afetivo e cognitivo” (cit. in Ramos, Silvério & Strecht, 2005, p. 109). Tudo o que a criança faça não vale tanto pelo que mostra mas pelo que expressa acerca do seu funcionamento mental, de acordo com Ramos, Silvério & Strecht (2005). A Pedagogia Terapêutica baseia-se principalmente na observação da criança como um todo e na avaliação da sua evolução e desenvolvimento (Ramos, Silvério & Strecht, 2005).

Para compreender melhor este modelo há que referir os seus princípios. Este modelo pressupõe uma observação prolongada e sistemática da experiência pedagógica com a respetiva mudança de métodos e estratégias consoante a evolução verificada, segundo Santos (1976) e Rodrigues, Barros, Marta & Morato (1990). É um processo terapêutico não no sentido da cura de sintomas, mas sim com a finalidade de resolver a situação que está na origem da desadaptação pretendendo criar situações que favoreçam a cura espontânea introduzindo técnicas específicas e novos instrumentos de trabalho (Santos, 1976; Rodrigues, Barros, Marta & Morato, 1990). Este método clínico pressupõe uma atuação com diferentes etapas: a observação, o diagnóstico, a decisão, intervenção e conclusão, conforme Santos (1976).

A observação implica uma entrevista com a criança e com a família de forma a reconstituir a partir das queixas, indícios, sintomas e sinais a falha ou o processo que levou à desadaptação da criança na escola, segundo Santos (1976). A diferença entre o psicólogo e o pedagogo é que o primeiro, parte das queixas dos educadores ou da desadaptação da criança para reconstituir a sua evolução enquanto o pedagogo acompanha a criança no seu processo de readaptação fazendo uma avaliação contínua, conforme o mesmo autor. No que toca ao diagnóstico, o psicólogo estabelece um diagnóstico inicial enquanto o pedagogo realiza um diagnóstico dinâmico, não sendo definitivo nem estático, segundo Santos (1976). A decisão é realizada por ambos os técnicos, a intervenção com a colaboração de ambos e a conclusão do caso da criança apenas se pode verificar aquando da separação entre psicólogo, pedagogo, família e criança não como uma rotura, mas sim um afastamento caracterizado pela redução gradual das vindas ao apoio consolidando a cura (Santos, 1976; Casa da Praia, 1995).

A Pedagogia Terapêutica não pretende ser uma ciência, segundo Santos (1976), mas sim uma forma prática de orientação para a resolução dos problemas e obstáculos que se apresentam tanto à criança como aos seus professores e pais na aplicação de métodos de ensino ou instrumentos e materiais escolares. Esta orientação deve estar de acordo com a indicação do professor da criança (Santos, 1976; Rodrigues, Barros, Marta

& Morato, 1990). É uma orientação não diretiva quanto à observação das crianças e relativamente ao curso da experiência pedagógica livre, no entanto deve ser diretiva quanto às decisões e intervenções didáticas (Santos, 1976; Rodrigues, Barros, Marta & Morato, 1990).

A Pedagogia Terapêutica, de acordo com Santos (1976), deve ser uma intervenção de curto prazo, apenas durante o tempo necessário, tendo como principal objetivo a criança poder integrar na escola regular ou no ensino aplicado no conjunto do seu grupo (Santos, 1976; Casa da Praia, 1995; Rodrigues, Barros, Marta & Morato, 1990). Outro dos grandes objetivos desta orientação, segundo Santos (1976), é averiguar o ponto de fratura que impediu o processo de aprendizagem e intervir nesse nível utilizando “uma forma de comunicação com a criança através de objetos intermediários, eliminando elementos associados ao método de ensino tradicional e indo de encontro às capacidades e necessidades da criança” (cit. in Rodrigues, Barros, Marta & Morato, 1990, p. 39). Para isso é necessário a utilização de uma forma mais direta de comunicação, criando o pedagogo uma relação empática com a criança, não se tratando só de descobrir o que a criança tem dentro de si mas também de aumentar a sua capacidade de saber o que se passa nela própria ao nível das emoções, sentimentos e fantasias, segundo Santos (1976). O professor tem de ser um modelo para a criança ou um espelho capaz de refletir os sentimentos comunicados pela criança (Santos, 1976; Rodrigues, Barros, Marta & Morato, 1990). O professor “vale mais pelo que é do que pelo que sabe” (cit. in Santos, 1976, p. 7), pois para além de saber aquilo que tem de ensinar à criança a sua presença vale mais pela sua relação com ela, e a compreensão de toda a sua complexidade.

Esta orientação implica a interseção entre pedagogia e psicologia, tendendo a intervenção de ambos os técnicos a ser simultânea mesmo que seja no trabalho de equipa e não na atuação junto da criança (Santos, 1976). No entanto, não deve ser vista como uma psicoterapia, mas como uma pedagogia clínica baseada na “observação permanente e sistemática do seu aluno e na avaliação constante do seu método e consequentes correções” (cit. in Santos, 1976, p. 7).

A Pedagogia Terapêutica não se trata de uma pedagogia corretiva, mas utiliza métodos da pedagogia corretiva do ponto de vista técnico em que incide no problema da ação humana, segundo Santos (1976). A pedagogia corretiva, segundo o mesmo autor, utiliza-se na reeducação de pessoas com deficiência motora e mental incluindo diferentes métodos de ultrapassar as dificuldades destes indivíduos. Assim, pode-se retirar da pedagogia corretiva elementos enriquecedores como novos instrumentos, métodos e materiais que servem para o tratamento das várias dificuldades que bloqueiam o processo de aprendizagem de crianças normais. A criança pode ser ajudada nas suas tarefas escolares apenas pela presença do terapeuta que a estimula e, segundo Montessori (in Santos, 1976), permite que a criança descubra os seus próprios erros antes de o professor lhes apontar.

No fundo, a Pedagogia Terapêutica trata-se de uma orientação, erguendo-se pela evolução de áreas como a psicologia e a pedagogia, fornecendo uma orientação metodológica para a investigação e para uma pedagogia ao serviço de todas as crianças, de acordo com Santos (1976). Pretende-se criar e aperfeiçoar métodos capazes de prevenir as dificuldades escolares a partir da possibilidade de curar bloqueios no processo de aprendizagem, conforme o autor supracitado. “O pedagogo - terapeuta deve propor-se descobrir o que é o funcionamento mental, desligando-se do preconceito escolástico e retrógrado de que se funciona mentalmente apreendendo as técnicas que resultam da utilização de uma cultura escrita e de que a inteligência é uma função mecânica” (cit. in Santos, 1976, p. 9).

Resumindo, de acordo com Rodrigues, Barros, Marta & Morato (1990), os educadores/professores tratam os problemas emocionais das crianças através de uma pedagogia que é terapêutica tendo em consideração a fase de comunicação em que cada uma se encontra e colocando-a num grupo constituído por crianças na mesma etapa permitindo, assim, uma progressão nas fases de comunicação que não foram bem integradas no desenvolvimento da criança. Esta atividade pedagógica é terapêutica devido à relação que o educador mantém com a criança, pelo ambiente da instituição que valoriza e organiza todas as atividades da criança e o próprio processo de aprendizagem que se encontra organizado segundo as diferentes fases de comunicação da criança, segundo os mesmos autores.

Remetendo à Casa da Praia, temos que a criança é acolhida na instituição e compreendida no seu todo, proporcionando-lhe um local seguro e acolhedor para que se possa orientar e reorganizar interiormente, deixando-lhe espaço para as diferentes aprendizagens escolares, segundo Ramos, Silvério & Strecht (2005). Para além de um espaço seguro pretende ser um espaço relacional onde a fantasia, imaginação, a afetividade e a curiosidade são despertadas e cuidadas por todos os membros da equipa possibilitando esta interação e comunicação através de diferentes formas de linguagem, segundo os mesmos autores. A grande importância está em “criar um ambiente de acolhimento em que a criança desvalorizada e bloqueada sinta que existe um interesse real por ela, enquanto pessoa, apostando mais nas suas capacidades do que evidenciando as suas dificuldades, insuficiências e insucessos” (cit. in Ramos, Silvério & Strecht, 2005, p. 109).

2.3.8. Estratégias de Intervenção

Existem diferentes tipos de intervenções utilizadas na Casa da Praia. Após os resultados da avaliação e da discussão do caso de uma criança avaliada, pode haver um encaminhamento para outro serviço; um apoio individual ou um apoio em grupo, com carácter mais ou menos intensivo, uma, duas ou mais vezes por semana em função das suas necessidades e do parecer e horário da escola (Ramos, Silvério & Strecht, 2005). O trabalho em grupo é privilegiado neste tipo de intervenção consoante o Modelo da Pedagogia Terapêutica, pois permite uma maior riqueza das situações e o desenvolvimento da relação com o outro (Rodrigues, Gamito & Nascimento, 2001; Ramos, Silvério & Strecht, 2005). Segundo Rodrigues, Gamito & Nascimento (2001), o trabalho individual só é referenciado quando o bloqueio da criança se encontra ao nível da cultura relacional, pois necessita do suporte afetivo de uma figura de referência e de reviver a relação precoce que falhou.

Poucas são as crianças que têm um apoio individual, mas cada terapeuta, professor, educador ou técnico têm uma intervenção, uma relação direta com as crianças. Todo este trabalho é realizado em equipa, passando pela cooperação e pelo respeito de cada um e dos diferentes conhecimentos de cada profissional respeitando as especificidades e individualidade de cada criança, segundo Ramos & Silvério (1999).

João dos Santos, o fundador da Casa da Praia, dá uma grande importância à relação/comunicação que possa permitir à criança um lugar seguro e de confiança que permita a troca de sentimentos e emoções através de várias formas de linguagem, verbal e não – verbal (Ramos & Silvério, 1999; Ramos, Silvério & Strecht, 2005). Na Casa da Praia é utilizada uma grande variedade de formas de expressão, muitos dos trabalhos são realizados através da utilização de vários materiais e de diversas formas de expressão, de acordo com Ramos & Silvério (1999). Criam uma história e constroem as personagens ou até expressam os seus medos através das artes gráficas e plásticas, segundo os autores supracitados.

De acordo com Ramos & Silvério (1999), as crianças oriundas de meios mais desfavorecidos encontram-se em risco escolar, devido à falta de meios e de uma menor presença de uma linguagem formal, onde a comunicação é realizada de forma mais direta e pouco elaborada. Crianças vindas de locais mais pobres cultural e socialmente, normalmente, têm uma maior taxa de insucesso escolar (Ramos & Silvério, 1999). Isto coloca-as em desvantagem social, pois os saberes escolares acabam por ser imprescindíveis à vida em sociedade. A escrita, segundo Ramos & Silvério (1999), sendo uma forma de linguagem privilegiada na escola, surge como uma necessidade de registar uma ideia ou um projeto, constituindo “uma reserva do conhecimento (João dos Santos)” (cit. in Ramos & Silvério, 1999, p. 54).

O que se procura desenvolver na Casa da Praia é essencialmente a busca do “sentido do aprender” (cit. in Ramos & Silvério, 1999, p. 54), utilizando a estimulação, as vivências de cada criança, do conhecimento de si próprio e daquilo que é capaz aliado à aprendizagem e capacidade de viver em relação com o outro conferindo um sentimento de prazer ao aprender (Ramos & Silvério, 1999; Ramos, Silvério & Strecht, 2005).

Tenta-se, aqui, criar um clima securizante e acolhedor, que poderá parecer uma Casa, um segundo lar para estas crianças de forma a lhes garantir e oferecer uma estabilidade emocional que lhes propiciem o prazer, desejo e curiosidade pelo conhecimento, pelo aprender onde se possa ligar a realidade, o simbolismo e o afeto, de acordo com Ramos & Silvério (1999; Ramos, Silvério & Strecht, 2005). É dada uma grande importância a todas as atividades que valorizem a livre expressão oral de forma a deixar emergir os sentimentos, as experiências, os saberes e as motivações das crianças (Ramos, Silvério & Strecht, 2005).

Segundo Ramos & Silvério (1999), nas crianças mais inibidas promove-se, a partir de uma produção gráfica, retirar uma história que pode ser dita ou escrita, levando-as a organizar e a desenvolver a imaginação de cada uma. O passar do dito para o escrito, às vezes pode ser mais complicado o que pode ser colmatado pela ajuda da professora, de acordo com os mesmos autores.

João dos Santos (in Ramos & Silvério, 1999) dava grande ênfase ao escrever não com a caneta mas sim com a imaginação, sendo o Texto Livre um meio sempre presente no trabalho desenvolvido pela Casa da Praia. Visto que é pedido à criança para criar uma história ou um texto acerca de um desenho que realizou e, assim, a criança escreve algo que, para ela, tem um significado (Ramos & Silvério, 1999). Não regista só por registar mas sim com um sentido, sobre algo que já teve uma experiência prévia, conforme Ramos & Silvério (1999).

A leitura de histórias tem “tudo o que é preciso para estimular o sonho, a fantasia e o saber da criança” (João dos Santos in Ramos & Silvério, 1999) e ajuda-a a construir a sua imaginação e fantasia. As histórias escritas incluem uma série de problemas envolvendo uma exploração de emoções, de valores e conceitos ajudando não só na exploração de emoções como na resolução de problemas (Ramos & Silvério, 1999; Ramos, Silvério & Strecht, 2005).

A imaginação de histórias surge espontaneamente e permite a projeção dos seus medos e desejos apoiada em diferentes formas de expressão e, de um ponto de vista terapêutico, João dos Santos (1988) “realçava a importância de facilitar às crianças com bloqueios do imaginário, o recurso à fantasia criativa, através de histórias, desenhos ou leituras que pudessem facilitar os aspetos imaginários do simbolismo da criação artística ou da simbolização da linguagem escrita” (cit. in Ramos & Silvério, 1999, p. 55). Todos os

textos investidos pelas crianças são compilados e constituem assim material de leitura com significado e importância para cada um, segundo Ramos & Silvério (1999).

A linguagem escrita como meio de comunicação aparece numa forma muito presente no Jornal de Parede que relata experiências ou acontecimentos, textos livre ou histórias que resultam de um trabalho de equipa, em que ao ser lido por todos a criança adquire uma existência social sendo um fator de reforço de autoestima e um estímulo ao desenvolvimento da sua competência linguística, conforme Ramos & Silvério (1999). O Jornal de Parede não só permite a divulgação dos textos escritos das crianças, uma forma de expressão e socialização mas também como uma forma de orgulho e de reforço da sua autoestima (Ramos & Silvério, 1999).

A interiorização de noções como espaço e tempo por estas crianças vai-se adquirindo e estruturando-se a partir de referências da sua própria vida e de acontecimentos importantes e significativos assumindo uma grande importância a construção de marcos de referência adquiridos pelas atividades da instituição como festas, aniversários, meses e estações do ano para que as crianças se situem num espaço e tempo que lhes seja significativo, segundo Ramos & Silvério (1999). Tais acontecimentos também são benéficos para melhorar e desenvolver as suas capacidades de socialização, privilegiando vivências coletivas com um conteúdo afetivo que facilitem a interiorização do conceito de cooperação, da responsabilização e da autonomia (Ramos & Silvério, 1999).

Segundo Ramos & Silvério (1999), o espaço mais privilegiado de encontro de todas as crianças na instituição tem um dia, hora e local marcado, realizando-se semanalmente com a presença de todos os grupos acompanhados pelos respetivos professores e pessoas de referência, a Reunião de Assembleia Geral. O fato de ser sempre ao mesmo dia e a uma hora determinada ajuda as crianças a situarem-se no espaço e no tempo como no dia da semana em que se encontram. Esta reunião é constituída pela leitura e discussão do Jornal de Parede que passa pelas salas de todos os grupos para que todos possam preencher as suas diferentes colunas classificadas em “Notícias”, “Vamos Fazer”, “Fizemos Bem” e “Fizemos Mal” (Ramos & Silvério, 1999). A leitura deste Jornal é orientada por um grupo de crianças eleitas, constituído por um Presidente, um Secretário e um Tesoureiro que contam sempre com a ajuda de um Vogal sendo sempre um adulto da Casa também eleito por todas as crianças (Ramos & Silvério, 1999; Ramos, Silvério & Strecht, 2005).

Para ocuparem, essas posições as crianças precisam de saber ler, escrever para realizar a ata da reunião e saber fazer contas para reportar despesas ou receitas enquanto o adulto participa como suporte técnico e afetivo, segundo Ramos & Silvério (1999). Participar na orientação da reunião acaba por se tornar um fator motivante para as restantes crianças aprenderem a ler e poderem ser reconhecidos pelos seus pares e serem eleitos para ocupar um dos lugares disponíveis na orientação e organização da reunião. A partir desta ferramenta, todas as crianças se vão apercebendo da principal função da escrita como forma de expressão de sentimentos, ideias e conhecimentos e até, a partir de uma reflexão e discussão conjunta, pensar em projetos individuais ou de grupo que gostassem de realizar, segundo Ramos & Silvério (1999).

De acordo com Ramos & Silvério (1999), o Jornal de Parede permite a cada criança mostrar as suas pequenas e grandes conquistas, partilhar alguma notícia com os seus colegas, discutir e resolver problemas que se possam ter passado, pedir ajuda para algum projeto, resolver tensões, conflitos ou possíveis mal-entendidos. É assim, um momento com grande carga emocional e importância para todas as crianças da Casa da Praia, um momento de motivação, encorajamento, entreajuda e reconhecimento. A

resolução de conflitos passa também por uma capacidade de saber ouvir e falar, conseguir “fazer-se entender e aprender a escutar, respeitando os outros. A possibilidade da mediação dos conflitos pela palavra leva à resolução dos problemas pelo pensar e não pelo agir” (cit. in Ramos & Silvério, 1999, p. 57; Ramos, Silvério & Strecht, 2005). O registo do resumo de cada reunião mostra-se como uma atribuição de significado à comunicação escrita sendo para além de instrumento de transmissão de ideias e conhecimento, um suporte de memória e cultura (Ramos & Silvério, 1999). Resumindo, a reunião geral constitui “o pilar organizativo da vida em grupo, espaço de diálogo, reflexão e discussão coletiva, com enorme valor afetivo e comunicativo, onde se descobre a necessidade da “regra” como elemento facilitador das relações interpessoais” (cit. in Ramos & Silvério, 1999, p. 58).

Para além da intervenção com a criança, segundo Ramos, Silvério & Strecht (2005), temos também a intervenção com a família exigindo trabalho e disponibilidade para atender e compreender os problemas destas famílias. Segundo os mesmos autores, uma grande percentagem destas famílias afirma ter dificuldades na leitura e compreensão dos afetos dos filhos, muitos dos pais também foram marcadas com histórias de vida difíceis e traumáticas e outros ainda, conscientes dos seus problemas, tentam compensar os filhos com atitudes de superproteção ou uma dificuldade em impor regras e limites. Existe, nestas famílias, um sofrimento com efeitos geracionais e a intervenção constrói-se em consultas terapêuticas com a técnica de serviço social, com a psicóloga ou com o pedopsiquiatra procurando estimular a reflexão e partilha dos seus problemas, como os ultrapassar e em ajudar os seus filhos a fazer o mesmo (Ramos, Silvério & Strecht, 2005; Goldschmidt, s.d.). Sem realizar juízos de valor, ouvem-se os pais, respeita-se e compreende-se as suas necessidades e limitações para que todos os intervenientes possam seguir o mesmo caminho no processo de intervenção da criança (Ramos, Silvério & Strecht, 2005). Esta supervisão e constante ligação com as famílias são extremamente importantes na intervenção para se poder lidar com problemáticas do ponto de vista emocional, sabendo que os recursos não se encontram só na instituição tendo por vezes de encaminhar alguns casos para serviços de saúde mental para adultos, de acordo com Ramos, Silvério & Strecht (2005).

Ao longo de todo o ano são organizadas festas temáticas nas quais participam todas as crianças da Casa e os adultos, como a festa de São Martinho, Natal, Carnaval e Primavera. Todas as festas são recheadas de momentos de convívio e diversão em grupo de todas as pessoas da Casa da Praia. Todos os aniversários das crianças são celebrados com um bolo depois do almoço, cantado os parabéns e uma pequena prenda oferecida pela instituição. Todas as festas são importantes pois, para João dos Santos (1988), festa significa “grupo de trabalho, a vivência coletiva de uma ideia” (cit. in Santos, 1988, p. 19) que apela a diferentes situações vividas por toda a comunidade que nos rodeia, implica o pertencer a um grupo. Por vezes, são também organizadas visitas a eventos de cariz cultural ou passeios nas proximidades da instituição. Estas atividades são importantes pois permitem às crianças experienciarem aspetos do quotidiano de uma forma prática e contida pelo professor que os acompanha, para além de ajudar as crianças a lerem e conhecerem o espaço à sua volta, sentindo que fazem parte do mesmo.

Após o período letivo, o ano termina com a Colónia de Férias terapêutica, onde todas as crianças e adultos da Casa da Praia se deslocam para uma colónia onde passarão três dias juntos. As crianças podem desfrutar do contacto com a natureza, jogos, atividades de grupo, passeios e caminhadas partilhando estes momentos com o grupo. Neste tempo é possível perceber como as crianças agem e regulam o seu comportamento longe dos pais, uma separação mais prolongada, como se relacionam com os outros e como

organizam as suas atividades e rotinas diárias. É uma oportunidade de os ver a brincar livremente, onde todos têm responsabilidades e regras a cumprir favorecendo a autonomia de cada criança.

2.4. Projetos de Extensão à Comunidade

Para além das estratégias de Intervenção que se utiliza diretamente com as crianças da Casa da Praia, esta instituição possui projetos de Intervenção mais abrangentes e que chegam não só às crianças mas também às suas famílias. Temos quatro projetos fundamentais: Prevenir para Incluir; Para Pais sobre Filhos; Do Agir ao Pensar e o Projeto Transições.

O projeto Prevenir para Incluir, financiado pela Fundação Calouste Gulbenkian, decorreu no ano letivo de 2011/2012 tendo como principal objetivo a “prevenção e reabilitação do desajuste pessoal, escolar e social de crianças com Necessidades Educativas Especiais – NEE, através da intervenção direta e junto de seus pais e/ou encarregados de educação” (cit. in Casa da Praia, 2009). Mais especificamente, pretendia a promoção de relações mais positivas entre pais e filhos; poder melhorar a comunicação entre a escola e as famílias; ajudar os pais e restante família a desenvolver um sentimento de confiança no seu papel de educadores, proporcionando estratégias para lidar com os seus filhos e favorecendo uma rede de apoio entre as famílias numa perspetiva de reforço na comunidade. Posto isto, foram organizadas sessões na Casa da Praia realizadas quinzenalmente, divididas em dois grupos: o das crianças e dos adultos. Os grupos foram dinamizados por equipas de dois elementos que desenvolveram as mesmas temáticas com estratégias adequadas à população - alvo.

Um projeto de educação parental, Para Pais sobre Filhos, estava inserido no Programa de Crianças e Jovens em Risco, financiado também pela Fundação Calouste Gulbenkian. A filosofia destas duas Instituições sempre passou por implicar a família no trabalho que é desenvolvido com a criança. Os pais são confrontados com dificuldades e dúvidas e com este projeto de educação parental foi possível formar grupos de pais onde podiam discutir e refletir acerca de questões sobre o seu papel como pai ou mãe. Estes grupos formam um ótimo espaço de reflexão que permita aos pais encontrar estratégias para ajudarem a promover o desenvolvimento não só dos filhos, mas deles próprios enquanto pais, sentindo-se mais confiantes e competentes podendo quebrar o ciclo intergeracional de transmissão de práticas educacionais menos positivas. Acresce a possibilidade de aprenderem com as experiências de outros pais e discutir diferentes estratégias, valorizando o seu papel e identificando as suas competências. O Projeto incidiu em pais/encarregados de educação das crianças em apoio na Instituição e em pais de crianças de 5 anos, que frequentavam Jardins de Infância da zona de intervenção da Casa da Praia, assim como pais com Acordos de Promoção e Proteção da Comissão de Proteção de Lisboa Ocidental.

O projeto do Agir ao Pensar propõe-se a intervir em 20 crianças entre os 5 e os 12 anos de idade com perturbações emocionais expressas em graves dificuldades de aprendizagem e comportamento em meio escolar. A intervenção é levada a cabo em grupos psicopedagógico - terapêuticos e terapias expressivas. O Projeto é financiado pelo Alto Comissariado para a Saúde/Ministério da Saúde por um período de quatro anos (2011-2014). Com este projeto pretende-se diminuir a expressão de dificuldades emocionais nas crianças sinalizadas, diminuição das queixas de comportamento, diminuição das dificuldades na iniciação à aprendizagem escola, uma melhor integração individual e social em meio escolar, uma melhor integração na dinâmica familiar e a prevenção de futuros desajustamentos comportamentais e sociais, nomeadamente risco de delinquência e dependência de substâncias tóxicas.

O Projeto “Transições”, apresentado à Fundação Gulbenkian, no âmbito da educação especial, aprovado e cofinanciado com a duração de um ano, começou em Setembro de 2012 e decorrerá até final do ano letivo 2012/2013. Tem como objetivo geral prevenir o risco de insucesso pessoal, escolar e social em crianças e adolescentes com necessidades educativas e que transitam para o 2º ciclo do ensino básico, através de intervenção direta junto das crianças e respetivas famílias que anteriormente frequentaram a Casa da Praia. Destina-se a 10 crianças que transitam para 2º ciclo e respetivos pais e/ou encarregados de educação. Pretende-se fomentar o diálogo entre a escola e a família com vista à melhoria da integração da criança no espaço escolar e à valorização da escola para a família; promover as relações positivas entre pais e filhos favorecendo a sua comunicação e interação, no sentido de ajudar à consciencialização das dificuldades e recursos dos filhos; sensibilizar a escola para as dificuldades e recursos das crianças e suas famílias para uma melhor adequação do trabalho com a criança; promover a capacidade das crianças se organizarem nos diferentes espaços do contexto escolar; promover a capacidade de se tornarem autónomos na gestão do tempo para a realização de atividades escolares e não escolares; contribuir para o conhecimento e aplicação dos métodos de estudo e aprendizagem mais eficazes para cada um; potenciar nas crianças maior autoconhecimento, reflexão e espírito crítico, de forma a atenuar eventuais situações de conflito na sala de aula e espaço de recreio e melhorar a relação consigo mesma e com os outros.

2.5. Caracterização da População-Alvo

As crianças atendidas na Casa da Praia, na sua maioria, são crianças marcadas por experiências de insucesso e de desvalorização das suas potencialidades, segundo Ramos, Silvério & Strecht (2005). Muitas apresentam um nível de conhecimentos escolares fragmentados ou sem sentido, mesmo frequentando a escola há alguns anos, estas crianças apresentam sinais mais tardiamente porque não apresentam problemas que comprometam o grupo apenas as suas dificuldades de aprendizagem, pelos mesmos autores. As crianças mais precocemente assinaladas são aquelas com problemas de agitação, instabilidade ou agressividade sendo referenciadas por pais e professores devido à sua difícil contenção e perturbação do grupo (Ramos, Silvério & Strecht, 2005).

De acordo com Rodrigues, Gamito & Nascimento (2001), as crianças que frequentam a Casa da Praia apresentam dificuldades de aprendizagem que “decorrem de perturbações emocionais que provocam conflitos internos e, que a criança resolve de forma destruturante através da Depressão/Bloqueio ou da Instabilidade/Ansiedade” (cit. in Rodrigues, Gamito & Nascimento, 2001, p. 49). Maioritariamente e pelos dados adquiridos pelas mesmas autoras, as crianças são, na sua maior parte, referenciadas pelas escolas primárias quando os educadores, professoras notam as dificuldades na aprendizagem fomentadas por uma grande apatia ou instabilidade. Consoante as autoras, existe ainda crianças com “Atraso Afetivo” (cit. in Rodrigues, Gamito & Nascimento, 2001, p. 50), que não se caracterizam por uma apatia ou instabilidade mas sim por uma imaturidade que dificulta a aprendizagem.

As crianças da Casa da Praia, segundo Rodrigues, Gamito & Nascimento (2001), na sua maioria, pertencem a famílias de classes sociais desfavorecidas e muitas apresentam em comum experiências dramáticas ou traumáticas. Crianças maltratadas ou mal-cuidadas são encaminhadas por diversos serviços que contactam com as suas famílias ou a quem as famílias pedem ajuda apresentado, na grande parte, queixas de dificuldades de aprendizagem ou problemas de comportamento caracterizados como inibição ou instabilidade motora, segundo Rodrigues, Martins & Rodrigues (2003).

Os sintomas que os pais referem como problemas da criança que têm dificuldades em gerir, têm a sua origem em perturbações familiares como a separação dos pais, a ausência de um dos progenitores, toxicod dependência, alcoolismo, abusos físicos ou verbais, maus tratos e ainda uma relação conflituosa entre a mãe ou com quem assume o seu lugar como principal prestador de cuidados, de acordo com Rodrigues, Martins & Rodrigues (2003). Posto isto e seguindo os mesmos autores, os diagnósticos estabelecidos para cada criança apontam para casos de Depressão Infantil, Desarmonias Evolutivas e Ansiedades.

As crianças em idade pré-escolar e escolar (ensino primário), “emocionalmente saudáveis” (cit. in Ramos, Silvério & Strecht, 2005, p. 102), são curiosas naturalmente, apresentam desejo para aprender e saber coisas novas sobre o mundo que as rodeia. Têm uma postura recetiva a tudo que lhes queiram ensinar tendo interesse em integrar-se na nova dinâmica que é a escola e em conhecer os seus pares, segundo Ramos, Silvério & Strecht (2005). A maior parte das crianças entra na escola, adapta-se, aprende e continua a sua escolaridade de forma normal e saudável, no entanto algumas crianças este aprender revela-se um problema, de acordo com Ramos, Silvério & Strecht (2005).

João dos Santos (in Ramos, Silvério & Strecht, 2005), nas suas investigações, registou que estas crianças com dificuldades de iniciação à aprendizagem não apresentavam, na sua generalidade, problemas de nível instrumental mas sim problemas ao nível emocional e afetivo que não lhes permitia corresponder às exigências da escola, por Ramos, Silvério & Strecht (2005). No decurso das suas investigações concluiu que apesar do campo da inteligência ser importante para a aprendizagem o mais importante é a sua qualidade: a qualidade dos afetos, do imaginário, do sonho, e da atividade simbólica que também influenciam a qualidade da inteligência e da aprendizagem retirando a ideia de que o insucesso escolar advém apenas do nível de inteligência da criança (Santos, 1988; Ramos, Silvério & Strecht, 2005).

Algumas crianças, por razões de ordem emocional por vezes concomitantes com razões de ordem social, não conseguem estabelecer uma relação afetiva significativa com as pessoas que pertencem ao seu contexto e envolvimento familiar evoluindo sem se poderem fixar numa etapa evolutiva o que, por si, constitui lacunas na sua evolução, segundo Ramos, Silvério & Strecht (2005). Estas dificuldades no processo de aprendizagem podem remeter para falhas nas dimensões de suporte, contenção e organização manifestando-se “pela inibição da capacidade de pensar, comunicar, imaginar ou por um agir constante” (cit. in Ramos, Silvério & Strecht, 2005, p. 104). As crianças que recorrem à Casa da Praia, como já foi referido, são crianças perdidas no espaço e no tempo, sem referências, com uma autoimagem muito depreciativa e ganham à escola um sentimento negativo que se caracteriza por um desinvestimento e incompreensão das regras e limites, segundo Ramos, Silvério & Strecht (2005).

De acordo com Ramos, Silvério & Strecht (2005), têm dificuldade em pensar muitas vezes nem sabendo o que isso significa, não sendo só “resolver operações, mas, também, imaginar e a imaginação pode ser invadida por determinados tipos de conflito (J. Santos, 1983)” (cit. in Ramos, Silvério & Strecht, 2005, p. 105), que são ajudadas a resolver através da presença de um adulto de referência e um meio envolvente securizante e favorável ao conhecimento.

Visto que não é fácil elaborar um diagnóstico em Saúde Mental Infantil, o diagnosticar auxilia a traçar um plano de intervenção terapêutica e a estabelecer um prognóstico da evolução da criança para que saibam aquilo que se pode esperar que melhore, segundo Ramos, Silvério & Strecht (2005). Na Casa da Praia realiza-se uma leitura psicodinâmica dos sinais e sintomas da criança, quer problemas de comportamento quer dificuldades de

aprendizagem, pelos autores supracitados. De acordo com os mesmos autores, tem de se ter em conta uma visão evolutiva da criança em todos os seus contextos e ligações relacionais olhando para aquilo que foi, o que revela e de todos aqueles que a rodeiam incluindo família, escola e comunidade.

Segundo Ramos, Silvério & Strecht (2005), no final de cada reunião de caso é realizada uma hipótese de diagnóstico utilizando-se uma classificação estrutural sendo as mais importantes a linha neurótica, *borderline*, a psicótica, a linha depressiva e a das imaturidades. A maior parte das crianças que frequentam a instituição englobam características depressivas no seu funcionamento psíquico, segundo os mesmos autores. No entanto, por estrutura depressiva refere-se a “crianças com frágeis imagens de si próprias, na expressão corrente da baixa autoestima, desvalorizadas e desinvestidas do ponto de vista escolar, apresentando nos problemas de comportamento um sinal muito frequente desse seu mal-estar interior” (cit. in Ramos, Silvério & Strecht, 2005, p. 107). A criança com um funcionamento onipotente, com baixa resistência à frustração e pouca integração de regras e limites, impulsivo e agressivos marca as estruturas *borderline*, pelos mesmos autores. As crianças imaturas são caracterizadas por pouca estimulação sócio - cultural e é muito comum em crianças abandonadas e desinvestidas e muitas vezes institucionalizadas, de acordo com Ramos, Silvério & Strecht (2005).

2.5.1. Neurose e Sintomas Reativos

Segundo Santos (1988), a neurose é uma forma de organização infantil observada em pacientes adultos como base de sofrimento atual. As neuroses da criança referiam-se àqueles que Freud descreveu para o adulto: a histérico - fóbica e obsessiva que se pode equiparar aos sintomas reativos como a enurese, encoprese ou anorexia infantil, pelo mesmo autor.

O objetivo da investigação psicopedagógica é a prevenção, logo o conceito de sintomas reativos é útil e aplicável, segundo Santos (1988). Estes sintomas são condicionados pela neurose dos pais e pelas suas atitudes educativas, mesmo que sejam realizadas inconscientemente, de acordo com Santos (1988). Por exemplo, os tiques, a gaguez e certas formas de instabilidade podem estar relacionados com a fase da segunda infância mas também com certos tipos de controlo da criança pelos seus educadores (Santos, 1988).

Os sintomas psíquicos e emocionais, segundo os psicanalistas, são uma forma de cada um se libertar da sua ansiedade devendo ser ajudados e não reprimidos, de acordo com Santos (1988). Os sintomas que advêm de uma reação mais ansiosa, nas crianças, são induzidos pelas neuroses dos pais e “constituem uma forma reativa de defesa contra a intromissão dos fatores inconscientes dos pais na evolução da relação” (cit. in Santos, 1988, p. 63). A criança apresenta estes sintomas reativos como uma forma de reagir contra a neurose dos adultos e levar à organização da sua própria neurose (Santos, 1988). No entanto, estas neuroses de criança nem sempre evoluem para uma neurose de adolescente ou de adulto podendo estes sintomas infantis se transformarem em traços do carácter do adolescente ou adulto ou até numa psicopatia ou neurose de carácter, segundo Santos (1988).

As investigações de João dos Santos (in Santos, 1988), levaram-no a tentar esclarecer e compreender os sintomas reativos e o seu significado no que se relaciona com as dificuldades na aprendizagem escolar. A anorexia infantil, segundo o mesmo autor, cria uma recusa dos alimentos e uma fixação ansiosa da criança à mãe que dá lugar a uma “preguiça para a aprendizagem escolar” (cit. in Santos, 1988, p. 63). As perturbações do sono, segundo Santos (1988), desenvolvem-se com uma perturbação da organização

dos sonhos que na segunda e terceira infância encontram-se relacionadas com a evolução interna do processo onírico também influenciado pelas atitudes dos pais e podem indicar as primeiras crises de angústia da criança.

Os pesadelos e terrores noturnos traduzem-se em sonhos que a criança não conseguiu atribuir um final tranquilizante, e assim em vez de auxiliar, interrompem o sono (Santos, 1988). Os terrores noturnos, após se repetirem algumas vezes, têm tendência para desaparecer quando os sonhos se começam a organizar, no entanto mesmo depois de organizados a criança pode continuar a ter episódios de ansiedade noturna chamando os pais ou na enurese noturna, podendo estes sintomas revelar problemáticas no funcionamento do inconsciente, segundo Santos (1988).

De acordo com Santos (1988), certos sintomas psicomotores de evolução, assim designados pelo autor, verificam-se nas crianças durante a idade escolar e estão relacionados com a evolução psicomotora e as atitudes dos seus educadores e entendem-se como sintomas: a turbulência, tiques, gaguez, estrabismo concomitante, enurese, encoprese e onicofagia. Na turbulência, tiques, gaguez e estrabismo temos crianças que são normalmente instáveis e mais atrasadas nas aquisições motoras e “forçadas pelos meios educativos a um comportamento mais controlado, para o qual não têm ainda estruturas de base suficientemente organizadas” (cit. in Santos, 1988, p. 65).

As crianças dos dois ou três anos apresentam uma instabilidade normal da idade, conseguindo andar, movimentar-se e explorar o espaço à sua volta, e o agravamento desta instabilidade gera o sintoma de turbulência, segundo Santos (1988). Os tiques reportam a uma certa obsessão ou anulação do pensamento que se torna mais evidente com a puberdade e o início da fase da adolescência, pelo mesmo autor. De acordo com Santos (1988), a gaguez apresenta o seu início com o desenvolvimento verbal da criança sendo uma forma de a criança libertar a sua agressividade de forma mais subtil mas acaba por ser assombrada por advertências, para pensar antes de falar ou falar de forma correta acabando por ter o efeito contrário na sua linguagem. Sendo a gaguez um sintoma de inibição, a criança deve ser estimulada a falar livremente, conforme Santos (1988).

O estrabismo concomitante caracteriza-se por uma perturbação do desenvolvimento motor dos globos oculares e tende a aparecer em crianças de famílias numerosas, com ambiente agitado revelando exigências e contradições evidentes entre os intervenientes na educação da criança, segundo Santos (1988). No que respeita a enurese e à encoprese também lhe podemos atribuir um desenvolvimento motor relativo ao controlo dos esfíncteres, tendo um cariz mais erótico que os restantes sintomas (Santos, 1988). De acordo com Santos (1988), o sintoma de enurese e encoprese não se trata de não conseguir controlar os esfíncteres mas sim uma forma de aliviar esse controlo, existindo um “recalcamento numa emoção relacionada com o erotismo genital infantil” (cit. in Santos, 1988, p. 66). Pelos seus estudos, João dos Santos (in Santos, 1988), na grande parte das crianças que apresentavam sintomas de enurese existia uma ausência de sonhos ou uma pobreza dos mesmos, equivalente a uma inibição da fantasia e com a presença de mães controladoras.

O importante para estas crianças com bloqueio do imaginário revela-se no facilitar o recurso à fantasia, ao desenho, ao simbolismo ou à linguagem escrita (Santos, 1988). A enurese e encoprese diurna e a enurese noturna mostram-se como fenómenos diferentes apesar de ambos se caracterizarem por um fenómeno de recalcamento erótico - emocional que no segundo estela mais limitado a processos intrapsíquicos que a criança desenvolve, segundo Santos (1988). No primeiro caso, Santos (1988), referiu um ambiente de controlo permanente das mães destas crianças dificultando a elaboração da

sua própria intimidade. Em jeito de conclusão, Santos (1988), afirma que existe nas crianças enuréticas um evitamento de sonhos eróticos que se traduzem por uma grande ansiedade convertendo-se num sintoma reativo – a enurese.

A onicofagia, no entender de Santos (1988), revela-se um sintoma de compensação de instabilidade que advém de exigências muito rigorosas por parte da família e educadores relativamente ao aproveitamento escolar e em que o ensino escolar seja precoce para o nível de maturação psicomotora da criança. Assim, este sintoma de roer as unhas define-se como um movimento de defesa contra a dispersão da atenção da criança que tenta ir de encontro às expectativas e exigências que lhe são feitas (Santos, 1988). Normalmente, não são as crianças mais agitadas que sofrem deste sintoma mas sim aquelas que são capazes de se conter para vencer esta ansiedade, capazes de ultrapassar este sintoma (Santos, 1988).

A explicação para estes sintomas reativos presentes em muitas, se não em todas, estas crianças é a depressão infantil revelando-se, por vezes, numa tristeza, instabilidade e em problemas de comportamento, de acordo com Santos (1988). Um exemplo é quando a criança se apropria de algo que está presente no seu meio não estando protegido caracterizando o furto infantil, sendo este comportamento motivado pela carência de afeto, mesmo não sendo claramente expressa, pelo mesmo autor supracitado.

Todos os sintomas da idade escolar estão relacionados com formas reativas da criança lutar contra a ansiedade e a depressão, pelo mesmo autor. A ansiedade nestas crianças pode surgir apenas por algo que a criança não consiga compreender, uma situação que não seja capaz de dar significado e ao ninguém lhe explicar cria uma ansiedade dentro dela da qual não se consegue desfazer (Santos, 1988).

Em suma, a “neurose pode ser considerada como a forma como cada um se organiza através de mecanismos de defesa contra a sua própria ansiedade” (cit. in Santos, 1988, p. 73) podendo admitir-se que a neurose está, então, na base da vida interior de qualquer indivíduo. A repressão tornada recalcamto mostra-se como o mecanismo de defesa mais evidente e esta repressão e a ansiedade que advém deste sentimento é um fenómeno normal do desenvolvimento do funcionamento mental mas também pode estar na origem de uma organização neurótica normal ou patológica, segundo Santos (1988).

2.6. A Psicomotricidade na Casa da Praia

Na Casa da Praia e com base na Pedagogia Terapêutica, a Intervenção Psicomotora surge como uma parte integrante da intervenção nestas crianças. Com a componente pedagógica e terapêutica presente, a intervenção é desenvolvida com os mesmos objetivos para as crianças, valorizando diferentes meios de expressão e comunicação, com diferentes materiais num espaço diferente, sempre com a utilização do corpo (Rodrigues, Martins & Rodrigues, 2003). Para João dos Santos, a Psicomotricidade “é a vida psíquica expressa em comportamento. O conjunto de fenómenos que constituem o substrato da vida psíquica – impulsos, emoções, sentimentos, pensamentos – exprime-se através da motricidade” (cit. in Branco, 2000, p. 401). Posto isto, a intervenção psicomotora realiza-se, na maior parte das vezes, no ginásio da Instituição com luminosidade e condições adequadas. É um espaço amplo com diversos materiais à disposição permitindo a exploração e o desenvolvimento da criatividade da criança.

O espaço por excelência do psicomotricista, o ginásio, segundo Rodrigues, Gamito & Nascimento (2001; Rodrigues, Martins & Rodrigues, 2003), um espaço dinâmico que apela ao movimento e à expressão motora sendo considerado por isso um espaço privilegiado para a exteriorização destes conflitos internos. Segundo Rodrigues, Martins &

Rodrigues (2003), na Casa da Praia, a psicomotricidade apresenta-se como um meio de intervenção que utiliza o corpo como mediador da relação entre a criança e o técnico. De acordo com os mesmos autores, as crianças manifestam os seus conflitos internos através da expressão motora, sendo que esta expressão tem de ser compreendida e dirigida pelo técnico de forma a desbloquear tensões (Rodrigues, Martins & Rodrigues, 2003; Almeida, 2005). O objetivo primordial da intervenção psicomotora (Rodrigues, Martins & Rodrigues, 2003), será o estabelecer de uma relação terapêutica com as crianças sendo a atividade lúdica e os jogos um meio para construir essa relação, segundo Marta & Rodrigues (1994).

As crianças da Casa da Praia apresentam relações precoces pouco harmoniosas e com estas, um corpo não vivido, manifestando-se pela sua expressão motora, envolvendo dificuldades na relação interpessoal, de organização de pensamento e da sua relação com objetos, com o espaço e com os outros (Rodrigues, Gamito & Nascimento, 2001; Rodrigues, Martins & Rodrigues, 2003). Estas situações mal integradas são propícias a serem realizadas no contexto de ginásio, num espaço onde “essas coisas que apresentam um único denominador comum – relação – podem ser proporcionadas, por um terapeuta que empresta o seu corpo e reportório afetivo, para com a criança reestruturar todas essas falhas” (cit. in Rodrigues, Gamito & Nascimento, 2001, p. 56).

Segundo Rodrigues, Gamito & Nascimento (2001), partindo da ideia de que a psicomotricidade permite a reorganização do movimento e de vivências do corpo, “todo este trabalho se baseia na íntima relação entre o vivido e o simbólico” (cit. in Rodrigues, Gamito & Nascimento, 2001, p. 56), ou seja, a partir da ação direta sobre o meio e os objetos a criança é conduzida ao plano do simbólico através da mediação do técnico que a acompanha e assim as tarefas como ler, escrever ou contar são incluídas nas tarefas utilizadas em sessão de psicomotricidade através de jogos e atividades.

De acordo com Rodrigues, Gamito & Nascimento (2001), existem comportamentos comuns a todas as crianças e comportamentos que diferenciam as crianças instáveis e as inibidas, uns que não sabem o que fazer com o corpo e na sua procura de resolver algo dentro de si começam a correr de um lado para o outro em comportamentos repetitivos experimentando os seus limites e os do espaço enquanto os outros se escondem nos cantinhos, onde não haja nenhum objeto nem ninguém por perto ou até ficando parado num só sítio, respetivamente.

Consoante alguns estudos e autores referenciados por Rodrigues, Gamito & Nascimento (2001), o desenvolvimento psicomotor das crianças instáveis apresentam as suas maiores lacunas na área do tónus, do equilíbrio e das praxias finas. Segundo Boscaini (1997 in Rodrigues, Gamito & Nascimento, 2001), as dificuldades ao nível do equilíbrio e da harmonia psicomotora são evidentes pelo fato de a criança estar constantemente em movimento tendo dificuldade na coordenação, precisão e equilíbrio. As crianças instáveis apresentam outras dificuldades como a noção do corpo, do espaço e do tempo e visto estes processos serem a base para as aprendizagens formais como a leitura, a escrita e cálculo, não admira que estas crianças tenham dificuldade na escola, por Rodrigues, Gamito & Nascimento (2001). Posto isto, a intervenção psicomotora pode interceder no desenvolvimento destas noções, segundo Rodrigues, Gamito & Nascimento (2001) constituindo-se como uma ferramenta para a reorganização da imaturidade psicomotora.

“Ler, escrever e contar representam no ginásio atividades de carácter simbólico que surgem do corpo agido e vivido, do movimento e da relação com os outros” (cit. in Rodrigues, Gamito & Nascimento, 2001, p. 56). Segundo Branco (2000), o pensamento vive através da sua expressão quer pela palavra falada escrita ou até pelas atitudes e movimentos. Posto isto, quanto mais formas de expressão estiverem disponíveis,

maiores serão as possibilidades do seu pensamento se desenvolver e exprimir livremente, segundo a mesma autora. As situações nas sessões devem apelar à descoberta não só do espaço mas também do indivíduo, ao pensamento divergente, à diferenciação das fontes de informação e à adaptabilidade do sujeito” (cit. in Rodrigues, Martins & Rodrigues, 2003, p.89) assim como deverá envolver linguagem verbal antes de realizar as tarefas e para avaliar a mesma, de forma a comparar os resultados esperados e que foram ditos antes da tarefa com os obtidos. Desta feita, segundo Martins (2001 in Rodrigues, Martins & Rodrigues, 2003), a criança poderá ter noção das possibilidades do meio onde está.

De acordo com Rodrigues, Gamito & Nascimento (2001), a leitura encontra-se presente na leitura de um espaço, na sua descrição e reconhecimento do espaço de uma forma organizada, coerente e lógica; a escrita presente até mesmo nas garatujas, desenhos e pinturas, no registo do que aconteceu na sessão e o vivenciado numa ordem lógica e ordenada e o cálculo no “ordenar o corpo face ao espaço, ordenar objetos na sua utilização regrada, seriar instruções e utilizá-las de forma adequada” (cit. in Rodrigues, Gamito & Nascimento, 2001, p. 56; Ramos, Silvério & Strecht, 2005). O corpo aparece como um facilitador, o primeiro até, de experiências precoces para a área das letras e números, assim “a aprendizagem de conteúdos formais não surge indissociada do corpo” (cit. in Rodrigues, Gamito & Nascimento, 2001, p. 57).

Esta aprendizagem faz-se quando a criança se desloca no espaço, apercebendo-se do que é o todo e partes desse todo, quando se movimenta para viver corporalmente um espaço nas suas características e até quando a criança fala de si e daquilo que lhe aconteceu, contar histórias que inventa e que tenham uma sequencialização temporal lógica (Rodrigues, Gamito & Nascimento, 2001; Ramos, Silvério & Strecht, 2005).

Na psicomotricidade estamos a reviver experiências, por exemplo quando se planeia com as crianças uma atividade com um objetivo, com princípio, meio e fim, de uma forma ordenada e lógico de acontecimentos podendo no fim falar sobre o que aconteceu; quando estabelecemos regras para todos se organizarem no espaço e no tempo; quando propomos a realização individual ou em grupo consoante a concretização de determinados objetivos; quando exprimem aquilo que viveram quer por palavras ou até por um desenho ou sentimento; quando trabalhamos com a criança sobre o seu corpo, sobre a noção de unidade, de todo do corpo e das suas partes e características mostrando os limites do seu próprio corpo ou até no trabalho com as noções do espaço onde depois se pode introduzir um objeto e colocar-lhe uma identidade ocupando um espaço fora do da criança mas com que se pode relacionar, segundo Rodrigues, Gamito & Nascimento (2001).

Resumindo, a psicomotricidade permite lidar com as problemáticas destas crianças de forma privilegiada constituindo mais uma forma de expressão, de criatividade, de desbloqueio, de valorização, de um maior conhecimento de si própria, de aprender a viver com o outro e de responsabilização (Ramos, Silvério & Strecht, 2005). Um espaço onde se faz a ligação ao que se passa nos restantes espaços de trabalho e com as atividades, geralmente, escolhidas ou propostas pelas crianças e estruturadas pelo técnico, tendo em conta um plano já previamente elaborado e acordado (Ramos, Silvério & Strecht, 2005).

3. Enquadramento Prático – descrição das atividades realizadas

O período de estágio foi preenchido de diferentes atividades, na sala, em sessão, nas brincadeiras e até refeições. A observação das crianças em diferentes contextos que não só o da sala ou de sessão proporcionou um maior prazer, uma aprendizagem e a compreensão das diferenças de cada criança, tentando sempre por encontrar as melhores estratégias para resolver os conflitos que podiam existir. Nesta secção do trabalho são apresentadas as atividades acompanhadas ao longo de todo o período de estágio e a sua importância para o crescimento pessoal e profissional assim como no contexto de intervenção da Casa da Praia.

3.1. Almoços e Recreios

Durante o período de estágio tive oportunidade de almoçar com o grupo de crianças que acompanhava na sala uma vez por semana. Como almoçava à terça-feira na Instituição era sempre um ótimo momento para perguntar pelo fim-de-semana, abordando assuntos familiares e escolares. Eram momentos mais descontraídos e informais em que as crianças falavam sobre o seu dia-a-dia, as suas rotinas, o que gostavam de fazer, o que tinham gostado de fazer com os pais e contar as novidades que lhes tinham acontecido. Para além de ser um contexto informal são momentos educativos também, pelo saber estar à mesa e saber como se comportar naquele contexto. Todos os grupos de crianças são acompanhados pelos professores de referência.

Fiquei responsável por almoçar todas as terças-feiras e de seguir os recreios com as crianças às terças e sextas com os grupos da tarde. Acompanhei o grupo nos recreios juntamente com uma das auxiliares da Instituição ou com outros estagiários. Este tempo, novamente, caracteriza-se pelo melhor conhecimento do funcionamento da criança, num contexto livre, de brincadeira e de interação com os outros. Nestes momentos era mais usual o aparecimento de conflitos, uns que facilmente se resolviam e outros que tinham de ser discutidos e refletidos nas salas com os professores. Foram momentos de aprendizagem para saber lidar com o conflito e de encontrar estratégias para saber resolvê-lo tendo em conta as crianças que estavam envolvidas.

3.2. Acompanhamento Psicopedagógico em Grupo

O Acompanhamento Psicopedagógico em grupo foi realizado às terças e sextas-feiras antes das sessões de Psicomotricidade. A função passava por ajudar e apoiar as crianças e a professora nas suas tarefas, sendo um adulto de apoio e quando necessário, de referência, quando a professora tinha de se retirar, por exemplo. Independentemente da sua formação, os estagiários também funcionam como membros da equipa e como uma referência positiva e saudável. A presença no grupo é uma forma de conhecer e interagir de forma mais direta com as crianças participando e ajudando-as nos seus projetos, ideias e trabalhos.

Penso que me integrei no grupo facilmente, as crianças facilmente se adaptaram à presença de outro adulto na sala e rapidamente me pediam opiniões e ajuda. A interação surgiu espontaneamente e apesar de ter sido explicada a razão pela qual estava ali, rapidamente me começaram a tratar por “professora”. No entanto, todas as crianças conseguiam perceber a diferença entre ser estagiária e o papel da Professora tentando, por vezes, tirar partido dessa situação, testando os limites até onde podiam ir. A professora do grupo sempre me tratou como outra professora o que ajudou a ser vista pelas crianças como outro adulto da Casa da Praia.

3.3. Reuniões de Orientação Local

Foi estabelecido um dia por semana para reunião com a orientadora local juntamente com outra estagiária de Psicomotricidade. Às terças-feiras pelas 11h realizava-se a reunião de forma a supervisionar e monitorizar o processo de estágio. Era um tempo de partilha, reflexão e esclarecimento de dúvidas acerca de determinadas situações e estratégias a utilizar nas mais diversas e possíveis situações. Utiliza-se o tempo também para anunciar datas importantes de reuniões e formações que seriam interessantes assistir. Caracterizado por um momento de partilha e ajuda entre estagiárias e orientadora, contribuindo para a nossa evolução, fornecendo ferramentas e o aperfeiçoamento de atividades para as sessões.

3.4. Reuniões Clínicas

Semanalmente é realizada uma reunião clínica, por vezes duas, todas as quintas-feiras à 13h e, eventualmente, às 11h no mesmo dia. Estas reuniões são utilizadas para discussão clínica de casos, refletir sobre a aceitação de um novo caso ou de reavaliações de crianças que já frequentam a Casa da Praia. Toda a equipa se encontra presente, incluindo estagiários, professores que acompanham a criança na escola e técnicos de outras instituições que apoiem e participem na vida da criança e da sua família. Todas as reuniões são supervisionadas por um médico pedopsiquiatra. Os técnicos dão as suas opiniões sobre o funcionamento e a evolução da criança sendo expostas, confrontadas e integradas pelo médico pedopsiquiatra de forma a definir e adequar o processo de intervenção da criança.

Eventualmente também se realizavam reuniões às terças de manhã com uma médica pedopsiquiatra que além de discutir casos novos também auxiliava os técnicos e professores acompanhando os progressos do projeto Transições, referido anteriormente. Para além destas reuniões, no final de cada período escolar, toda a equipa se reúne para discutir o progresso de cada criança, ao longo de algumas sessões, de forma a continuar ou a redefinir estratégias para determinada criança.

Na minha opinião todas as reuniões foram momentos de extrema partilha e grande aprendizagem, todos os contextos na vida da criança eram abordados e traduzidos pelo médico pedopsiquiatra construindo um olhar diferente acerca de cada criança. Para além do historial clínico, o que sempre gostei nas reuniões era o refazer de um historial emocional e a extrema compreensão das atitudes da criança. Todas as suas atitudes eram expressas e interligadas com situações da sua vida familiar ou escolar onde de certa maneira podíamos aferir o que aquela criança estava a sentir e como a fazer progredir.

3.5. Reuniões de Assembleia Geral

As reuniões de Assembleia Geral realizavam-se, geralmente, todas as sextas-feiras à tarde por volta das 15h. Antes desta reunião, o Jornal passa por todos os grupos e todos escrevem alguma notícia que quisessem partilhar, algum projeto para realizar, incluindo algo que tivessem feito bem e algo que pudesse ter corrido mal. Momentos de partilha e de valorização do trabalho e esforço de cada criança. Pessoalmente, foram momentos enriquecedores pois podia entender-se o funcionamento e a relação entre todas as crianças. A criança mais reguila pode trazer uma notícia sobre a família e via-se tornar-se numa criança tímida, mas com uma grande alegria. As crianças mais “tristes” podem ser aqui reconhecidas por todos os adultos e crianças da Casa. As crianças eleitas para ser presidente ou tomar um papel ativo na coordenação da reunião adquirem uma postura responsável e de orgulho por estar em controlo de algo. Um local de reconhecimento,

valorização e até de resolução de conflitos. Momento de riqueza para as crianças e para os adultos que podiam ver a vulnerabilidade e a necessidade de valorização de cada uma destas crianças.

3.6. Observação Inicial da Criança

As observações iniciais da criança ou observações psicopedagógicas têm como objetivo uma avaliação inicial da criança para depois ser discutida numa reunião clínica. A observação da criança é realizada por uma educadora ou professora, consoante a idade da criança, em que esta não tem qualquer informação sobre a criança a não ser o nome e a idade, de forma a não ser influenciada pelas queixas e motivos da família e da escola. Consiste na realização de um Desenho Livre, Desenho da Família, avaliação dos pré-requisitos escolares da criança, descrição das suas rotinas diárias e familiares e sentimentos face à família, à escola e à sua vida de uma maneira geral. Pode presenciar uma observação.

3.7. Entrevista de Acolhimento

A Entrevista de Acolhimento é realizada com os pais, encarregados de educação ou responsáveis pela criança, conduzida pela assistente social da Instituição. Geralmente é efetuada ao mesmo tempo que a observação da criança, sendo o objetivo dos pais trazerem a criança e enquanto esta vai para uma sala com uma professora os pais dirigem-se para outro gabinete com a assistente social, dando a oportunidade de observar a separação da criança dos seus pais, se é feita com angústia ou tranquilidade. Nesta entrevista dá-se voz às queixas, aos sentimentos dos pais, de que forma o comportamento ou a problemática da criança é sentida pelos pais, conhecimento das rotinas familiares, do historial médico da criança assim como a situação social e económica da família. É uma oportunidade para os pais exporem as suas dúvidas, os seus problemas e pedir ajuda para lidar com o comportamento dos filhos. Presenciei um acolhimento e, na minha opinião, foi um tempo de exposição dos problemas dos pais em que a assistente social se mostrava disponível e com uma postura compreensiva perante a situação.

Tanto a observação como o acolhimento são processos importantes para a compreensão dos comportamentos e sentimentos da criança. Temos uma visão mais ampla do que é a vida da criança. O primeiro permite conhecer a criança, o seu funcionamento mental e a sua capacidade de se relacionar com o adulto, enquanto o acolhimento possibilita o contacto direto com a família, algo que não costumamos ter acesso.

3.8. Festas

Ao longo de todo o ano letivo são organizadas e realizadas Festas que se relacionam ou com uma altura festiva ou com uma estação do ano. A importância da Festa na Instituição já foi referida e temos como festas principais: a Festa de São Martinho, festejada no dia ou perto do dia de São Martinho – dia 11 de Novembro; a Festa de Natal que, normalmente, corresponde ao último dia de visita à Casa da Praia e ao final do 1º período letivo dando início às férias de Natal; a Festa de Carnaval; a Festa da Primavera que coincide com a chegada da Primavera e a Festa de Final de Ano onde os pais e familiares são convidados a virem à Instituição e onde as crianças se despedem de mais um ano letivo. Além destas festas temáticas, existem as festas de Aniversário onde se cantam os parabéns à volta da mesa e a criança recebe uma pequena prenda dada pela Instituição.

3.8.1. Festa de São Martinho

A Festa de São Martinho foi realizada numa terça-feira, dia 13 de Novembro. De manhã tive a oportunidade de participar num pequeno teatro/dramatização para o grupo das crianças mais pequenas, com a ajuda da técnica de Psicomotricidade da Instituição e uma colega estagiária, contando a história de São Martinho.

Cada professora, no seu grupo, propôs uma atividade. Após todos conhecerem a história de São Martinho, cada grupo tinha de apresentar uma dramatização da lenda de São Martinho com a utilização de diferentes materiais e podendo dar um final diferente à história original. Cada grupo reinventou a sua história e após alguns professores representarem a lenda original, os grupos apresentaram a sua história. Incluíram dramatizações, sombras chinesas e leitura da história inventada. O meu papel nesta festa foi de acompanhar o meu grupo e de ajudá-los a organizar uma história, participando na sua dramatização e apresentação a todas as restantes crianças e adultos.

3.8.2. Festa de Natal

A festa de Natal realizou-se numa terça-feira, dia 18 de Dezembro. O tema da festa fora os “Mundos Imaginários”. Cada grupo ficou encarregue de inventar um mundo imaginado onde o Pai Natal teria um papel especial. Nesta festa, ajudei o grupo acompanhado na realização de materiais e adereços, na dramatização, participei no teatro e na organização do espaço e escolha de músicas para a festa juntamente com os restantes estagiários. Foi uma festa carregada de fantasia e emoção onde se celebrou o espírito natalício de entreatajuda e companheirismo.

3.8.3. Festa de Carnaval

A festa de Carnaval realizou-se no dia 7 de Fevereiro durante a manhã. As crianças vinham mascaradas assim como os adultos. A festa estava dividida em duas partes: uma parte de atividades a visualização de um espetáculo realizado pelos adultos da Casa, incluindo estagiários. No início, cada criança recebia um passaporte com as atividades em que teria de participar e em cada atividade realizada recebia um carimbo. Incluíam um ateliê de máscaras (quem não estivesse mascarado tinha aqui oportunidade de se mascarar daquilo que mais queria); um ateliê de pintura e acessórios que concluíam a sua máscara. As restantes estações estavam no recreio: um jogo de bolas de sabão, o jogo das cadeiras, um jogo de mímica e um jogo de cooperação entre pares em que tinham de percorrer um determinado percurso segurando um balão com as suas barrigas. Com a entrega desse passaporte, passavam à segunda parte da festa recebendo o bilhete para o espetáculo que se ia realizar no ginásio. Houve um número de palhaços, de telepatia, ilusionismo e de música. Fiquei encarregue de dinamizar o jogo das cadeiras e de ser a assistente no número de ilusionismo, para além do auxílio na preparação e organização de toda a festa. Foi uma manhã caracterizada pela sua alegria e diversão.

3.8.4. Festa da Primavera

A Festa da Primavera realizou-se no dia 12 de Abril, organizada pelos estagiários de Psicomotricidade no Jardim da Tapada da Ajuda. Consistiu na realização de 6 jogos, orientados e descritos por um mapa distribuído pelas crianças e pelos professores responsáveis por cada equipa. A organização incluiu a divisão dos grupos, a atribuição de um adulto, pelo menos, por grupo; a realização dos mapas específicos para cada equipa realizando um trajeto para cada uma de forma a não existir nenhuma sobreposição. As estagiárias conheceram o local e atribuíram a cada estação, um determinado local. Todos os jogos foram realizados e construídos pelas estagiárias, sendo o mote a construção de brinquedos e utilização de materiais já não utilizados.

Também era da responsabilidade das estagiárias montar as atividades e esconder os ovos para a atividade de “Caça aos Ovos” após a realização do circuito de atividades.

3.8.5. Festa de Fim de Ano

A Festa de Fim de Ano foi realizada após o término do ano letivo, no dia 26 de Junho. O tema da festa era “Aprender a Brincar”. Esta ideia surgiu com base nas atividades realizadas durante o ano, de imaginação, criação e realização de brinquedos através de materiais reciclados ou não utilizados. Todos os pais e familiares foram convidados e, para além da mostra de brinquedos realizados pelas crianças no recreio, as famílias foram divididas por diferentes ateliês onde se podia refletir sobre a importância do brincar e o quanto se pode aprender brincando. O meu papel foi de ajudar na dinamização do ateliê do corpo, incluindo brincadeiras motoras e de expressão corporal. No fim dos ateliês cada um foi apresentado aos restantes por pais e crianças. Nesta festa foi possível conhecer diretamente a dinâmica familiar de algumas crianças.

3.9. Outras Atividades

No final do ano letivo, a Casa da Praia organiza uma Colónia de Férias que os estagiários são convidados a participar, quer na sua organização quer na dinamização e presença. A Colónia realizou-se do dia 17 a 19 de Junho em Almoçageme, Sintra. É uma oportunidade de estar com as crianças na sua rotina diária e desfrutar de momentos de descontração e brincadeira. Como já foi referido as crianças podem desfrutar do contacto com a natureza, de atividades com os adultos e com o grupo, de jogos e passeios. É possível entender como se comportam longe dos pais, se existe angústia por estar sem eles ou se esta separação é feita de uma forma tranquila e saudável. Também nos é dado a perceber o grau de autonomia de cada criança.

Por ser o Ano do Centenário de João dos Santos, tive o prazer e a oportunidade de conhecer e reunir com o resto da equipa da Casa da Praia, com pessoas que conheceram João dos Santos e que seguem e transmitem os seus ensinamentos. São exemplos: uma formação com Sérgio Niza que transmitiu uma reflexão sobre o homem João dos Santos e a sua evolução e empenho na área da Educação; reuniões de reavaliação clínica com a presença de Dr. Luís Simões dando uma perspetiva diferente acerca do caso acompanhado; reunião com Dra. Clara Castilho sobre a Comissão de Proteção de Crianças e Jovens; formação sobre Saúde Mental Infantil com Dra. Maria José Gonçalves; uma reunião com Dr. Pedro Morato falando sobre o homem que foi João dos Santos e as reuniões com Dr. Emílio Salgueiro sempre com uma profunda sabedoria, sendo um enorme prazer ouvi-lo falar.

4. Caracterização do Grupo Acompanhado – Grupo Intermédio

O grupo pode ser designado como um grupo intermédio ou “das letras”, onde as crianças se encontram numa fase de transição da comunicação direta para uma comunicação especializada que pressupõe a capacidade das crianças para entenderem sinais, símbolos e signos. É constituído por crianças que já demonstram alguns conhecimentos escolares e formais da leitura e escrita mas que, muitas vezes, apresentam algum tipo de bloqueio na capacidade de aprender, imaginar e pensar. Nesta fase procura-se descobrir o ponto de fratura que se encontra na base das dificuldades do processo evolutivo da criança favorecendo um clima de segurança para novas aquisições e conhecimentos. Assim, o objetivo atinge-se através de uma dinâmica relacional onde se estimule cada criança a descobrir o que sente, o que fantasia, o que imagina e aquilo que é capaz de fazer. Neste grupo começa a atribuir-se um significado à linguagem escrita como uma forma de comunicação com os outros.

Iniciei o acompanhamento pedagógico terapêutico na sala em meados de Outubro de 2012 e o grupo era constituído por 6 crianças, três do género feminino e três do género masculino com idades compreendidas entre os 7 e os 9 anos. De uma maneira geral, são crianças com grande agitação psicomotora, dificuldade em compreender limites manifestando, por vezes, comportamentos de oposição e desafio e baixa resistência à frustração. O grupo tinha apoio bissemanal, às terças e sextas-feiras à tarde. Após pouco tempo do início da intervenção um dos meninos abandonou a instituição. Acompanhei todas as atividades deste grupo desde Outubro até Junho. Às terças-feiras após a reunião semanal com a orientadora local, almoçava com o grupo, acompanhava o recreio, estava na sala com a professora, participava na sessão de Psicomotricidade e ajudava nos lanches. Às sextas-feiras acompanhei o grupo no recreio, nas atividades de sala, na sessão de Psicomotricidade, na reunião semanal da Assembleia Geral e nos lanches. No final do dia esperava com outra colega estagiária na sala de espera pelos pais das crianças as virem buscar.

A função na sala foi sempre de observadora participante, ajudando os membros do grupo ao longo de todas as atividades, respondendo a todas as dúvidas colocadas diretamente a mim; auxiliar a professora da sala em tudo que precisasse, respeitando as relações e as necessidades das crianças e os trabalhos do grupo. Rapidamente comecei a ajudar nos desenhos e atividades das crianças sendo chamada muito frequentemente de professora.

Para além do apoio Pedagógico-Terapêutico na sala, as crianças participavam nas sessões de Psicomotricidade no ginásio às terças e sextas-feiras. No entanto, as sessões de Psicomotricidade não eram realizadas com todo o grupo, apenas um rapaz e uma rapariga participavam nas sessões enquanto as restantes três crianças tinham sessões de GILT (Grupo de Intervenção Lúdico Terapêutico). Assim, as sessões de Psicomotricidade eram realizadas com um menino e uma menina que acompanhava no apoio de sala e outros dois rapazes de outra sala, mas pertencendo à mesma fase de comunicação, ou seja, ao grupo intermédio. Desde Fevereiro que as sessões de Psicomotricidade passaram a ser planeadas e desenvolvidas por mim, com a supervisão da orientadora local.

4.1. Caracterização dos Casos em Acompanhamento Terapêutico

Neste ponto do trabalho irei descrever os casos acompanhados nas sessões de Psicomotricidade, passando pela sua evolução desde a admissão na Casa da Praia até ao final do ano letivo. Inclui, portanto, o contacto inicial da criança com a instituição, a sua evolução, o seu contexto familiar e escolar de forma a descreve-la como um todo.

O **D.C.** é um menino com 10 anos e frequenta o 4º ano de escolaridade. Entrou para a Casa da Praia em Fevereiro de 2012, estando no 3º ano na altura. Foi pedido o acompanhamento na Casa da Praia devido a dificuldades de aprendizagem, pouca autonomia, pouco empenho e um mau comportamento.

Na observação inicial, realizada pouco antes de ter ingressado na Casa da Praia, manifesta sinais de ansiedade pelo constante roer de unhas mas acompanha bem a professora destacada pela instituição para o observar. Vai respondendo às questões da professora e manifesta que escrever é muito difícil para ele, não gosta de falar sobre os amigos e não gosta de desenhar recusando-se a realizar o desenho livre. A leitura é insegura e soletra as palavras, sílaba a sílaba. É capaz de ler apesar de apresentar dificuldades em reter e interpretar aquilo que leu; com ajuda consegue ler palavras mais difíceis e manter um ritmo de leitura mais adequado. Expressa que não sabe ou que não quer escrever, a ligação entre fonema/grafema ainda não está totalmente integrada. Na área da matemática realiza operações simples, mas apresenta dificuldades na numeração e na resolução de problemas. Apresenta dificuldades na estruturação espacial e temporal. Apesar de saber os meses, não sabe qual está antes ou depois. É adequado na expressão oral mas apresenta um vocabulário pobre para a idade. Adere bem à conversa evitando determinados assuntos que não quer falar com muitos momentos de oposição e desafio durante a observação o que exigiu à professora uma constante adequação das estratégias de condução das atividades. No geral, no tempo da primeira observação, apresenta dificuldades escolares em todas as áreas, uma criança insegura mas com consciência das suas dificuldades.

O agregado familiar é constituído pela mãe, pai e uma irmã com 17 anos. Os pais apresentam um baixo grau de escolaridade e a irmã também manifesta problemas na escola. O crescimento do D.C. não foi muito desviante, no entanto, usou chucha até aos 6 anos e dormiu na cama com os pais até aos 8 anos. As maiores queixas dos pais são as dificuldades na aceitação de regras e de limites. A mãe demonstra uma preocupação excessiva com o seu filho. Está a ser seguido por um Pedopsiquiatra e, atualmente, encontra-se medicado com Concerta ® e Risperidona ®. É um menino com uma vida muito organizada, com rotinas e poucas vivências.

Começou o acompanhamento na Casa da Praia em grupo, de Fevereiro até ao final do ano letivo com uma professora passando para o grupo de outra professora no ano letivo seguinte, de 2012/2013. Apresentava um funcionamento muito particular trazendo objetos de transição para a sala ou colocando todo o material da sala ao seu redor para que os outros meninos lhe tivessem de pedir autorização para utilizar, denotando uma tentativa de marcação de território e uma dificuldade em partilhar a atenção com os outros colegas do grupo.

No ano letivo que o pude acompanhar notaram-se algumas melhorias na interação com o grupo, sendo mais adequado nas relações, no entanto ainda apresentava um ritmo lento nas tarefas, evitando as de cariz escolar; um funcionamento em que oscila entre momentos de imaturidade e de onipotência com uma dificuldade em cumprir regras, mostrando até alguma agressividade para com o adulto. A par destes momentos tem uma baixa resistência à frustração em que a sua maior dificuldade apresenta-se ao nível da compreensão, tudo tem de ser muito bem explicado para que ele perceba. Apresenta uma baixa autoestima, necessitando do reforço constante do adulto. A professora da escola refere também uma diferença positiva na relação com os colegas e com os adultos, apresentando-se mais calmo e paciente na relação. Nota-se mais vontade e empenho na realização das tarefas, já faz os trabalhos de casa. A grande dificuldade que reporta apresenta-se ao nível da matemática, na planificação, não sendo capaz de

realizar uma tarefa com princípio, meio e fim, e na consolidação das aprendizagens (como se esquecesse duma aula para a outra).

Quanto à avaliação psicomotora realizada em Outubro de 2012, concluem-se como áreas fracas a compreensão, adaptação, estruturação espaço – temporal e memória. É dominante à direita e as tarefas que implicam um planeamento e de imaginar o que fazer a seguir são muito complicadas para ele.

Da minha observação, penso que desde o início do ano o D.C. mostrou uma evolução positiva nas tarefas da Casa da Praia. Apenas o acompanhamento nas sessões de Psicomotricidade e nas atividades da Casa como o recreio e a reunião da Assembleia Geral. No recreio conseguia arranjar o seu grupo e inventar uma brincadeira, apesar de quando provocado mostrava-se muito agressivo para com os colegas, mas no geral com um comportamento positivo. Nas primeiras reuniões gerais apresentava grandes dificuldades de ficar sentado e com atenção ao que os colegas iam mostrando, também porque ainda não compreendia bem esta dinâmica e nem percebia muito bem o que estavam todos ali a fazer. Após algum tempo já era capaz de mostrar os seus trabalhos.

Ao nível da intervenção psicomotora era um menino muito irrequieto, era o último a sentar-se para discutir as atividades e muito distraído. Nas sessões evidenciavam-se as suas dificuldades de compreensão, por exemplo, na explicação de uma atividade. Quando não consegue acompanhar desiste demonstrando a sua fraca resistência à frustração. O mais importante para este menino no curso das sessões consistiu na clareza das instruções das atividades, a sua inclusão no processo de criação de tarefas de forma a melhorar a sua criatividade e autonomia, possibilidade de vivências diferentes e o desenvolvimento do seu pensamento simbólico. Mostra-se também importante o desenvolvimento da estruturação espacial e temporal, o planeamento de ações e o reforço positivo dado pelo adulto quando alguma tarefa era realizada com sucesso. Tentar incluir noção de número, de cálculo matemático e de resolução de problemas nas atividades, dado a sua grande dificuldade na área da matemática.

O **I.G.** é um menino com 9 anos, frequenta o 3º ano de escolaridade apresentando uma retenção. Mora no Lar de Nossa Senhora de Fátima da Santa Casa da Misericórdia e o pedido foi realizado pela escola com queixas de dificuldades de aprendizagem principalmente na leitura e uma grande inibição e imaturidade.

A observação inicial na Casa da Praia foi realizada em Fevereiro de 2012. Sabe quando faz anos e a cada pergunta que a professora lhe fazia respondia “não sei”. Depois de alguma insistência disse que na escola gostava de Língua Portuguesa mas era melhor na Matemática. Apresentou muitas dificuldades em imaginar uma história, mas realizou o desenho apesar de dizer que não gostava de desenhar. Não quis fazer o desenho de família, quando a professora lhe perguntou o que o fazia feliz respondeu que não sabia. A colaboração foi difícil por vezes e apresentava um comportamento imaturo para a sua idade, principalmente na forma de falar. Ao nível das aprendizagens apresenta dificuldades ao nível da leitura e da escrita, sendo as tarefas de cariz escolar de mais fácil colaboração.

Desde Novembro de 2008 que o I.G. e o seu irmão um ano mais velho se encontram no Lar Nossa Sr.^a Fátima da Santa Casa da Misericórdia de Lisboa. O Lar caracterizou-o como um menino imaturo e forneceu informações sociais acerca do seu contexto familiar. Os progenitores destes meninos têm uma história marcada por largos anos de consumos de estupefacientes com várias tentativas de desintoxicação que nunca revelaram frutos. Há informações ainda que a relação deste casal era marcada por episódios de violência física e verbal; sendo estas crianças expostas a estes modelos de comportamento

desadequados e desviantes e, por vezes, eram deixados sozinhos sem supervisão. Ambos os progenitores estão desempregados. A mãe pode visitar os filhos semanalmente, sendo estas visitas um pouco irregulares.

No seu primeiro ano na Casa da Praia adaptou-se bem ao grupo, apesar de por vezes apresentar dificuldades em se explicar o que o deixava irritado e agitado. Só fala sobre a família e as suas preocupações com o adulto de referência. Na escola a professora notou uma evolução positiva, durante o primeiro ano de intervenção na Casa da Praia.

A avaliação psicológica na Casa da Praia foi realizada em Fevereiro de 2012, revelando uma capacidade intelectual média para a sua idade com capacidade para aprender, com falta de uma referência sólida e até uma falta de identificação. O seu lado cognitivo está desenvolvido e faz com que se aperceba das suas dificuldades e da sua situação, “assim existe uma falta de defesas como se já se tivesse apercebido de que não vale a pena esperar por alguém que lhe venha mudar a sua vida, numa conformação com uma realidade triste” (retirado do relatório de Avaliação Psicológica). No entanto, dado este lado cognitivo desenvolvido, consegue conter as suas angústias e resolvê-las de uma forma adequada.

O balanço final do ano letivo 2011/2012 foi positivo apesar de ficar retido no 3º ano. Na semana que soube da retenção ficou mais agitado. No ano letivo seguinte, em que o pude acompanhar, mudou de grupo e de professora na Casa da Praia e mostrou-se uma criança mais disponível colaborando com o grupo e estando mais integrado. Nas aprendizagens a sua maior dificuldade continua a ser a escrita, ainda muito rudimentar e com muitos erros. É um menino inteligente e com uma ótima capacidade de compreensão, contudo com dificuldades na área da Língua Portuguesa. É muito criativo e com um ótimo nível gráfico/plástico. É muito observador e atento ao que se passa à sua volta e por vezes mostra-se crítico relativamente ao outro. Também iniciou apoio psicológico na Casa da Praia.

O I.G. é um dos meninos que apenas acompanho nas sessões de Psicomotricidade. Nota-se uma dificuldade na relação, não mantém o contacto ocular com o adulto ou com os pares, parece que está a olhar para outro lado apesar de estar atento ao que lhe está a ser explicado. Tem boas capacidades cognitivas, consegue perceber as tarefas que tem de realizar mas com dificuldades em se exprimir, o que o deixa frustrado. Na intervenção psicomotora gosta de ser confrontado com desafios e está sempre atento nas tarefas e se os outros seguem as regras ou não. Precisa de ser desafiado a nível cognitivo com tarefas que apelem à sua livre expressão e que sejam organizadas e estruturadas.

O **N.V.** é um rapaz com 9 anos e frequenta o 3º ano de escolaridade. Iniciou a intervenção na Casa da Praia em Março de 2011, um ano depois do seu irmão mais novo ter falecido. No primeiro ano de intervenção na Casa da Praia ficou com uma professora que o descreve como um menino contido, sempre com uma pressão latente. Recusava a escrita espontânea e apresentava uma postura de proteção para com os restantes membros do grupo.

Os pais separaram-se após a morte do irmão, ficando assim a mãe a viver com o N.V. e o seu irmão mais novo. Apesar de estarem empregados, têm dificuldades financeiras. A mãe encontra-se deprimida com a morte do filho e tem apoio psicológico no Centro de Saúde de Belém, é-lhe muito difícil exercer autoridade e impor limites. Desde que recebe apoio da Casa da Praia tem melhorado a sua atitude, encontrando ali um ponto de apoio.

No ano letivo seguinte, ou seja de 2012/2013, na Casa da Praia, passou para outra sala com uma professora diferente. Pude acompanhá-lo e é um menino que apresenta uma antecipação muito negativa acerca do seu desempenho. Num grupo agitado, precisa de estrutura e de organização. É um menino que gosta de participar, de fazer trabalhos, de ser elogiado e de ser reconhecido pelo seu trabalho. Quer que as coisas aconteçam e é um bom elemento para organizar o grupo. É capaz de resistir à frustração e fazer tarefas mesmo que estas não lhe agradem. Na escola, as aprendizagens são realizadas com dificuldade mas acompanha os outros alunos, apresenta boas capacidades, uma boa evolução, sempre disponível sendo um bom elemento na turma.

Na avaliação psicológica realizada na Casa da Praia, o N.V. apresentou uma baixa autoestima, uma fraca capacidade de resolver conflitos, alguma agressividade, não recorrendo à ajuda de figuras para resolver os problemas. Figura materna encontra-se ligada a necessidades básicas e a figura paterna a uma posição de autoridade.

Pela avaliação psicomotora, realizada também na instituição, as suas áreas fracas são a tonicidade, o equilíbrio e a coordenação de movimentos globais. Ótima estruturação rítmica. Avaliação quase realizada num só dia. Dificuldade em guiar, antecipar a resposta, em adequar a resposta consoante as exigências da tarefa. Descoordenação (cresceu muito rápido, ainda não se habituou ao seu corpo). A sua tensão e ansiedade estão ligadas a questões emocionais mas mostra-se muito resiliente tendo em conta a situação que passou.

Acompanhei este menino tanto no apoio em sala como nas sessões de Psicomotricidade. É um rapaz que, por vezes, mesmo na confusão consegue organizar-se e ser o elemento mais calmo e o guia do grupo, no entanto se houver outras crianças que comecem a desorganizar o seu ambiente, desorganiza-se também e já não consegue realizar as tarefas. Quando se envolve em conflitos no recreio ou nas sessões não consegue pedir ajuda ao adulto, é impulsivo e dá luta ao seu desafiador. Não é um menino que provoque ou que incite o conflito mas quando é provocado não se consegue afastar e acaba no meio da confusão.

No acompanhamento pedagógico-terapêutico na sala apresenta alguns problemas em Língua Portuguesa, dando muitos erros ortográficos. Os seus problemas na matemática revelam-se mais pela desatenção, falta de concentração e de empenho nas tarefas. Quando se consegue organizar e estar concentrado consegue realizar as tarefas com algumas dificuldades no cálculo. Tem dificuldades na organização mental e ainda conta pelos dedos.

Na intervenção psicomotora apresenta um perfil desarmónico com um fraco equilíbrio e uma grande impulsividade nas suas ações. Apresenta dificuldades em conter e direcionar a sua intenção para a tarefa. Tem uma baixa autoestima e pouca confiança nas suas capacidades. Consegue estar atento e, regra geral, desempenha bem as atividades. Precisa de ser desafiado nas questões motoras e cognitivas, precisa de ser valorizado e de ter sucesso nas atividades. Mesmo que não goste muito das atividades fá-las sem estar contrariado.

A **S.L.** é uma menina com 8 anos e que frequenta o 2º ano de escolaridade na Escola do Bairro do Restelo, pela segunda vez (teve uma retenção no 2º ano). O seu irmão mais velho também frequentou a Casa da Praia. O pedido de intervenção foi realizado pela escola pois a menina apresentava dificuldades na articulação de palavras assim como de aquisição e compreensão; “a criança demonstrou por vezes desmotivação e falta de vontade” (retirado do relatório do Pedido da Escola).

Na observação inicial realizada em Fevereiro de 2011 apresentou-se como uma menina afável e colaborante mas distraída e meio perdida a nível espacial e temporal. Afirma que a área onde tem mais dificuldades é a leitura.

Vive com a mãe, o irmão e a avó de 70 anos. Os pais separaram-se e estão ambos empregados. A mãe descreve a menina como trabalhadora, responsável mas com alguma dificuldade no pensar. Teve uma passagem muito brusca do jardim-de-infância para a escola, num dia estava no jardim-de-infância e no seguinte foi para a escola para não perder a vaga. O irmão ajuda-a nos trabalhos de casa e defende-a na escola. É autónoma e vão a casa do pai de 15 em 15 dias.

A S.L. iniciou a sua intervenção na Casa da Praia em apoio individual pouco depois da observação inicial. A professora da escola relata que as dificuldades da menina são principalmente na área da matemática e do raciocínio. Na escola fica muito aflita quando não consegue realizar as atividades e “houve alturas em que chorava quando percebia que não conseguia realizar e que estava a ficar atrás em relação aos outros”, citando a sua professora.

Foi realizada uma avaliação psicológica em Setembro de 2011 onde se concluíram as suas dificuldades na organização percetiva, de mobilização da concentração e da atenção, dificuldades percetivas e motoras, assim como perturbação da estruturação espacial. Constrói histórias muito pobres no plano imaginativo e revela um funcionamento psíquico fragilizado pela fuga a situações que lhe possam gerar ansiedade.

No ano letivo da avaliação, 2011/2012, passou a ser acompanhada em grupo, na Casa da Praia, com a mesma professora com quem tinha apoio individual. Fez uma boa integração no grupo; estava sempre ansiosa e excitada na realização de qualquer tarefa. Parecia que estava sempre distraída, precisando do reforço constante do adulto. No final do 2º período, notou-se uma grande evolução na S.L., do ponto de vista das aprendizagens escolares e do comportamento. Já conseguia estar mais organizada e já fazia pequenas ligações entre pessoas, espaços e diferentes momentos. Na escrita mostrava mais riqueza nos textos mas ainda precisa de consolidar algumas regras gramaticais. Na matemática revela as suas maiores dificuldades, nas tarefas que envolvem cálculo mental e memorização. Não preencheu os pré-requisitos para transitar para o 3º ano, ficando retida. Pela equipa da Casa da Praia em Julho de 2012, no final do ano letivo, continuava uma criança frágil e insegura, com uma grande impulsividade presente no seu comportamento e uma constante instabilidade psicomotora bem como uma dificuldade em se autonomizar e se sentir segura na execução de qualquer tarefa sem a presença de o adulto para a guiar.

No ano letivo de 2012/2013 tem um novo professor na escola mas que está a par do seu percurso e das suas dificuldades. Na opinião do seu professor, a S.L. está mais madura e centrada nas aprendizagens. Participa e é adequada nas suas intervenções. As dificuldades na escrita e na matemática persistem, uma por distração e outra por dificuldades no cálculo e na abstração. Na avaliação da professora que a acompanha na Casa da Praia, sendo a mesma professora que a acompanhava no ano anterior, mostra-se satisfeita com a evolução da menina, mostrando-se mais calma, organizada e atenta. Está mais segura e autónoma e mostra uma maior tolerância e compreensão para com os colegas. As suas maiores dificuldades são na área da matemática devido à sua fraca capacidade de abstração.

Conheci a S.L. no ano letivo de 2012/2013. No início, parecia uma menina muito adequada e que, por vezes, me fazia questionar o porquê de estar a ser seguida na Casa da Praia. No entanto, algumas sessões depois, apercebi-me das suas lacunas nas

aprendizagens escolares e na dificuldade em se concentrar nas tarefas que lhe eram pedidas.

Na Casa da Praia, no acompanhamento pedagógico – terapêutico em sala, é uma menina que consegue ouvir as instruções da professora e que consegue estar alheia às tentativas de perturbar a aula dos outros meninos. Nota-se que tem algumas dificuldades na Língua Portuguesa visto que também faz muitos erros ortográficos, trocando algumas letras (v por b) assim como algumas dificuldades na matemática.

Na intervenção psicomotora é uma menina com comportamentos imaturos, que se distrai facilmente e dependente do adulto. Constatam-se as suas dificuldades na estruturação espacial e na organização percetiva. Ao longo da intervenção foi sendo capaz de mobilizar a sua atenção para uma tarefa. Precisa de atividades que promovam a sua estruturação espaço – temporal, a sua capacidade de memorização, imaginação e atenção utilizando uma relação securizante com o adulto.

4.2. Contexto de Intervenção Psicomotora

A intervenção psicomotora realizou-se no ginásio da instituição com condições adequadas a este tipo de intervenção, em sessões de 45 minutos às terças e sextas-feiras à tarde. Geralmente, às terças, o grupo ocupava o ginásio e às sextas a sessão realizava-se no recreio da instituição o que dava ainda mais liberdade às atividades a serem desenvolvidas devido ao espaço ser mais amplo e ao ar livre.

As sessões de intervenção psicomotora realizadas até Fevereiro foram observadas por mim tendo sempre um papel ativo e dinamizador das atividades desenvolvidas. Estas foram planeadas pela orientadora local, permitindo observar os comportamentos e atitudes de cada criança, adquirir uma visão global de cada uma delas, evoluir profissionalmente através da observação e principalmente pela adoção de estratégias que me ajudassem a lidar com a diversidade dos elementos do grupo. A partir de Fevereiro, as sessões eram da minha responsabilidade, incluindo o seu planeamento e condução estando sempre sob a supervisão da orientadora.

As atividades, no seu âmago, pretendiam proporcionar às crianças um conjunto de experiências lúdicas e motoras diversificadas com o objetivo de potenciarem o desenvolvimento psicomotor tendo como base as avaliações efetuadas aos elementos do grupo. Foi promovido também, a adequação das relações interpessoais, quer em relação aos pares, ao adulto e à dinâmica geral do grupo.

Geralmente, a dinâmica das sessões seguiu sempre a mesma estrutura, iniciando com um diálogo inicial em que as crianças registavam os seus nomes no caderno de grupo e onde se propunha e escrevia as atividades que se iam desenvolver. O jogo inicial era escolhido por mim e o jogo seguinte era proposto pelas crianças, no entanto durante o decorrer das sessões foi criado um calendário em que eram anotados todos os dias de sessão e o dia em que cada criança tinha a oportunidade de escolher uma atividade. A ordem foi decidida em conjunto e com a aprovação de todos, cada criança tinha a hipótese de escolher um jogo a realizar na sessão seguinte podendo dizer qual era nessa sessão ou pensar em casa e trazer uma atividade estruturada para a próxima sessão. Depois de todas as crianças terem escolhido na sua vez, era a vez de o grupo escolher uma atividade ou um jogo, o que implicava o respeito pelas ideias dos outros colegas e o trabalho em equipa para escolher algo que todos concordassem e gostassem.

Após a escolha das atividades a desenvolver, era permitido às crianças irem buscar os materiais necessários ao jogo inicial e pô-lo em prática. Seguidamente organizava-se o

material necessário para o jogo final, concretizando-o. No final, tentou-se sempre que as sessões terminassem com um momento de retorno à calma, caracterizado por uma reflexão sobre as atividades e jogos realizados ou por atividades de relaxação.

A estrutura das sessões era sempre a mesma de forma a proporcionar um ambiente estruturado e organizado às crianças dando-lhes igualmente a oportunidade de poder escolher as atividades de sessão para sessão como um fator de motivação. As sessões ao longo do ano apresentaram como principais objetivos gerais a promoção do trabalho em grupo, a promoção da cooperação, de entreajuda e de respeito entre todos os membros do grupo; o desenvolvimento das competências psicomotoras consideradas relevantes para o grupo e a realização de novas experiências psicomotoras que pudessem desenvolver a criatividade de cada criança.

4.3. Instrumento de Avaliação Psicomotora da Casa da Praia

De forma a obter uma maior quantidade de informação, a nível psicomotor, sobre as crianças para se poder estabelecer os objetivos da intervenção é necessário realizar uma avaliação psicomotora. Na Casa da Praia as avaliações são realizadas a partir de um instrumento denominado “Protocolo de Avaliação Psicomotora da Casa da Praia” e apresenta uma estrutura semelhante à Bateria Psicomotora de Vítor da Fonseca. Este protocolo é aplicado diretamente à criança, não necessitando de ser aplicado na sua totalidade podendo também ser aplicado de forma fragmentada, avaliando apenas as áreas que a criança apresenta maiores dificuldades, sendo escolhidas pela observação direta e recolha de informações dos técnicos da instituição, segundo Rodrigues, Santos & Mira (2004). A sua aplicação deverá ser realizada num conjunto de sessões, preferencialmente, de forma a evitar que o cansaço da criança possa adulterar os resultados da avaliação, segundo os mesmos autores.

O “Protocolo de Avaliação Psicomotora da Casa da Praia” encontra-se, tal como a Bateria Psicomotora (Vítor da Fonseca, 1975), estruturado segundo os fatores psicomotores. No total, apresenta 33 itens divididos pelos oito fatores psicomotores e com provas baseadas em diferentes testes como: Bateria Psicomotora de Vítor da Fonseca (1975), do ABC Movement de Henderson e Sugden (1992), do “Body Skills” de Werder e Bruininks (1988), da Escala de Observação Somatognósica de Sousa (2001) e do Teste de Avaliação da Motricidade Gnoso-Prática Distal (AMG) de Vaivre-Douret (1997). Este instrumento de avaliação do perfil psicomotor foi criado pelos técnicos de psicomotricidade da instituição utilizando como base as características gerais das crianças que usufruem do apoio fornecido pela Casa da Praia.

Este instrumento é de referência a critério, avaliando as competências da criança de forma qualitativa e quantitativa. De referência a critério, pois o protocolo é constituído por provas de diferentes baterias e ainda não foi aferido para a população portuguesa, tornando impossível uma avaliação à norma. O segundo fator, que valida uma avaliação a critério, permite uma avaliação mais focada na criança e na sua evolução ao longo de toda a intervenção permitindo observar as áreas fortes e menos fortes das mesmas. As provas deste protocolo são cotadas de 1 a 4, sendo o valor 1 a pior realização e o valor 4 a melhor cotação. Cada item tem a sua cotação e o valor alcançado em cada fator é calculado através da média aritmética dos itens desse mesmo fator, perfazendo um valor igualmente de 1 a 4. O objetivo principal da cotação não é meramente atingir um valor mas essencialmente a observação de todo o processo de realização incluindo observações qualitativas da prestação da criança.

Este protocolo está dividido em 8 fatores: Tonicidade, Equilíbrio, Lateralização, Noção do Corpo, Estruturação Espaço-Temporal, Motricidade Global, Manipulação da Bola e

Motricidade Fina; sendo que o número de provas varia de fator para fator. De seguida será apresentada uma tabela com o resumo das áreas divididas por categorias e itens.

Tabela 1 – Protocolo de Avaliação Psicomotora da Casa da Praia.

Fatores	Itens	
1. Tonicidade	1.1.	Passividade
	1.2.	Paratonia
	1.3.	Diadococinésias
	1.4.	Sincinésias
2. Equilíbrio	2.1.	Imobilidade
	2.2. Equilíbrio Estático	Apoio Retilíneo
		Apoio na Ponta dos Pés
		Apoio Unipodal
	2.3. Equilíbrio Dinâmico	Marcha Controlada
3. Lateralização	2.4.	Salto
	3.1.	Lateralização ocular, auditiva, manual e podal
4. Noção do Corpo	4.1.	Identificação das partes do Corpo
	4.2.	Nomeação das partes do Corpo
	4.3.	Somatognosia (memória cinestésica)
	4.4.	Construção do Puzzle
	4.5.	Imitação de Gestos
5. Lateralidade	5.1.	Lateralidade Primária
	5.2.	Cruzamento da Linha Média
	5.3.	Projeção no Espaço
6. Estruturação Espaço-Temporal	6.1.	Conceitos Espaciais Básicos
	6.2.	Organização Espacial
	6.3.	Estruturação Dinâmica
	6.4.	Orientação por um Sistema Simples de Representação Gráfica
	6.5.	Reprodução de Estruturas Rítmicas
	6.6.	Organização Rítmica
	6.7.	Memorização Rítmica
7. Motricidade Global	7.1.	Coordenação Óculo – Manual
	7.2.	Coordenação Óculo – Podal
	7.3.	Coordenação Geral
	7.4.	Agilidade
8. Motricidade Fina	8.1.	Percurso
	8.2.	Recortar

O material constituinte deste protocolo de avaliação é:

- Mesa;
- Colchão;
- Rádio com música calma (opcional);
- Bola de ténis;
- Cronómetro;
- Fita grossa com 4,5 metros de comprimento;
- Placa ou prancha;
- Acessórios da mala do ABC (2 pranchas de salto, 2 pinos de madeira e 1 corda) ou cubos e bastões (para construir uma estrutura semelhante);
- Folha de papel;

- Relógio;
- Lenço preto;
- Puzzle do corpo com pelo menos 8 partes (cabeça de ambos os géneros, tronco de ambos os géneros, 2 pernas, 2 braços e 2 antebraços);
- Oito cartões com imagens;
- Fichas com as estruturas da estruturação dinâmica;
- Cinco lápis;
- Duas bolas de esponja (com um diâmetro aproximado de 12 cm);
- Alvo circular com um diâmetro de 25 cm;
- Fita métrica;
- Marcador para o chão ou fita grossa;
- Quatro cones;
- Bola (que possua um bom ressalto);
- Caneta de ponta fina (e que não seja de cor preta);
- Percurso da bicicleta ou da flor;
- Tesoura;
- Ficha com a figura a recortar.

4.4. Resultados das Avaliações

Quando iniciei o estágio na Casa da Praia, já algumas avaliações psicomotoras tinham sido realizadas e outras a decorrer sob a responsabilidade dos técnicos de Psicomotricidade da Instituição. Assim, os resultados das avaliações iniciais foram obtidos através das fichas de registo e dos relatórios elaborados pelos técnicos.

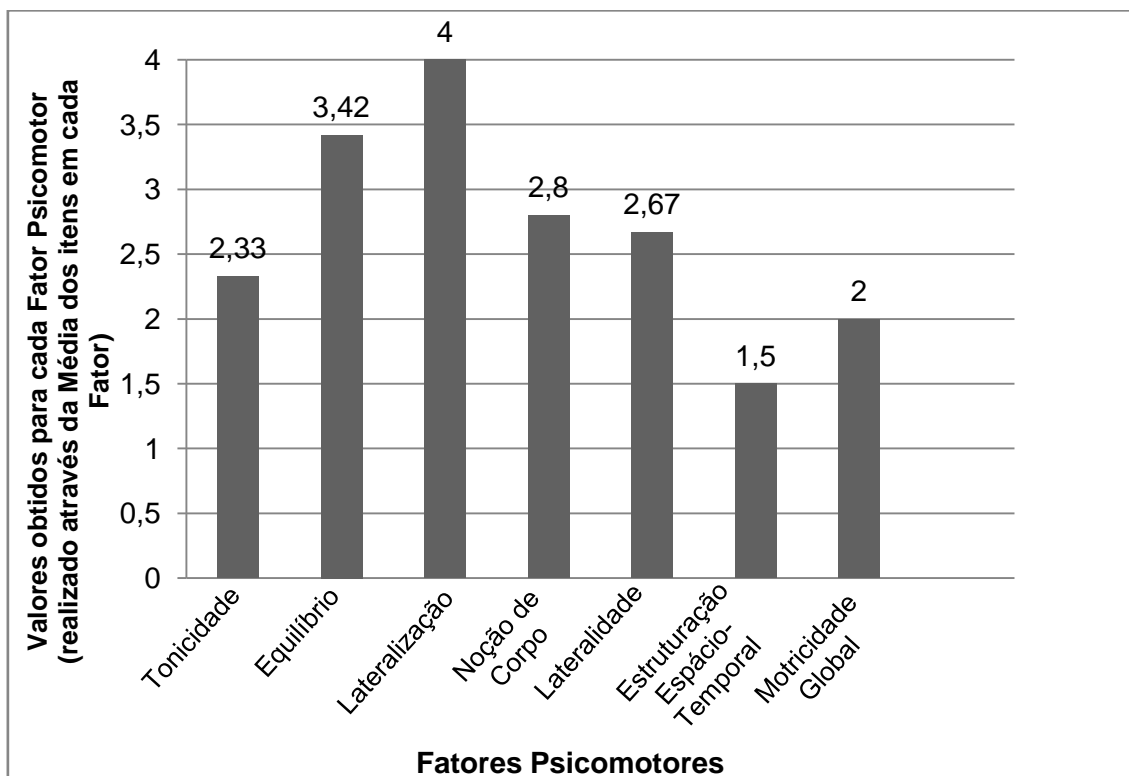
D.C.

Data de Nascimento: 02/10/2003

Avaliação realizada: Técnica de Psicomotricidade da Instituição

Data (s) da avaliação: Outubro de 2012

A avaliação realizou-se em três sessões e o D.C. foi-se tornando mais participativo e colaborante ao longo das sessões. A sua grande dificuldade evidenciou-se na compreensão das tarefas a realizar, em que primeiro realizava-as com insucesso por não perceber para outro momento em que se assegurava que tinha percebido a tarefa antes de a realizar. Das suas áreas mais fortes destaca-se a Lateralização, o Equilíbrio e as tarefas de identificação de conceitos, como se pode observar no gráfico colocado em baixo. Como área mais fraca destaca-se a Estruturação Espaço-Temporal e a Motricidade Global, mostrando uma baixa competência de realização.

Gráfico 1 – Perfil Psicomotor D.C. - Avaliação Inicial.

No que se refere ao fator Tonicidade, apresenta um perfil hipertónico com maiores dificuldades ao nível da tonicidade de repouso com alguns bloqueios e tensões. Nas provas de Equilíbrio revelou alguma tensão pela imobilidade e o silêncio que as tarefas solicitavam. Revelou a cotação máxima nas tarefas de imobilidade, de apoio retilíneo e na ponta dos pés, revelando maior sucesso nas provas de equilíbrio estático, demonstrando uma boa capacidade de contenção e de controlo das suas ações. A prova com resultados menos satisfatórios foi a do equilíbrio dinâmico apresentando a criança muita tensão corporal, desequilíbrios e oscilações. Na prova do salto apresentou um bom planeamento motor e boa concentração, alcançando também a cotação máxima. O fator Lateralização teve a cotação máxima revelando uma lateralização bem definida à direita com especialização hemisférica integrada.

No fator Noção do Corpo identificou e nomeou a maior parte dos elementos corporais pedidos, manifestando as suas maiores dificuldades na memória cinestésica e na imitação de gestos, com uma lacuna na capacidade propriocetiva. O D.C. consegue reconhecer a direita e a esquerda fazendo o cruzamento da linha média, mas precisou de refletir bastante antes de dar a resposta o que acaba por resultar em falhas provocadas pelo cansaço. No entanto, na projeção no espaço não conseguiu compreender o conceito e reconhecer no outro as partes do corpo pedidas.

Ao nível da Estruturação Espaço-Temporal apresenta valores muito fracos demonstrando dificuldades na organização espacial embora fosse de notar o seu esforço. Em relação à estruturação temporal, os resultados foram muito baixos revelando dificuldades de compreensão da tarefa e dificuldades estruturais ao nível da reprodução, organização e memorização rítmica. As provas de Motricidade Global foram marcadas pelas suas dificuldades na movimentação no espaço, na coordenação entre os membros superiores e inferiores e na planificação das ações motoras. A amplitude de movimentos é baixa e revela uma grande tensão corporal.

Globalmente, aderiu com entusiasmo à avaliação embora o cansaço e a dificuldade na compreensão das tarefas fossem evidentes, apesar do seu esforço. Mostra bastante dificuldade nas provas que exigem um maior planeamento motor e competências de memorização. É necessário que consiga ter sucesso nas atividades, pois começa a sentir-se frustrado e cansa-se facilmente. Quando se sente inseguro recusa-se a realizar as atividades mas assim que percebe o seu objetivo, adere e esforça-se para alcançar o sucesso.

I.G.

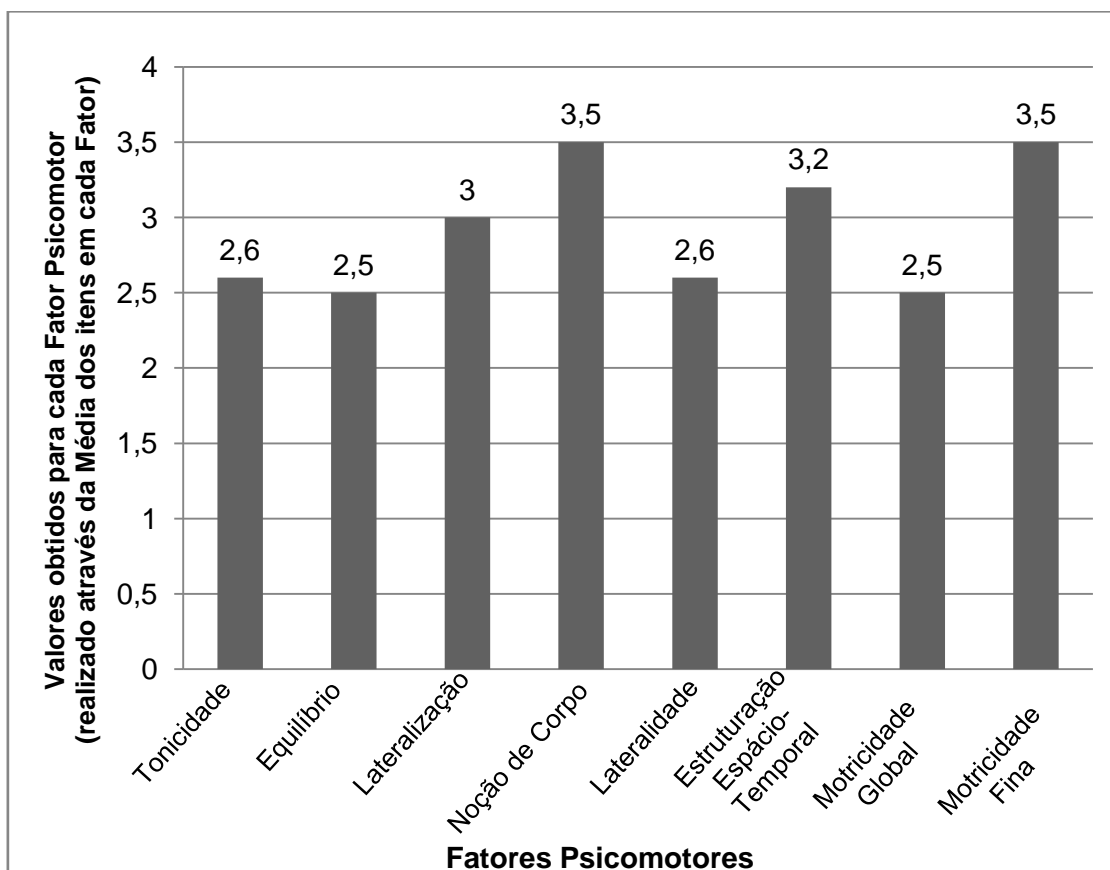
Data de Nascimento: 07/04/2003

Avaliação realizada: Técnica de Psicomotricidade da Instituição

Data (s) da avaliação: Dezembro de 2011

As áreas fracas do I.G. revelaram ser o Equilíbrio e a Motricidade Global enquanto as suas áreas fortes revelaram-se nos fatores de Noção do Corpo e Motricidade Fina. O I.G. revela-se um menino atento e capaz de verbalizar e explicar aquilo que é pretendido fazer, faz um bom planeamento motor, adaptando as suas ações consoante as exigências do ambiente.

Gráfico 2 – Perfil Psicomotor I.G. - Avaliação Inicial.



Relativamente ao fator Tonicidade, a criança apresentou uma amplitude de movimento adequada nos membros inferiores e reduzida nos membros superiores na prova de passividade com ligeiras contrações corporais e reações tónico – emocionais como o rir. Apresenta sincinésias bucais, mas movimentos com ritmo e velocidade adequados. No

que se refere ao fator Equilíbrio conseguiu a cotação máxima na prova de imobilidade e no salto com ligeiras oscilações e movimentos faciais. No entanto, na prova de equilíbrio estático unipodal não conseguiu ficar imóvel mais de 3 segundos e na prova do equilíbrio dinâmico apenas conseguiu a cotação de dois, pois parava com muita frequência, reequilibrando-se, mostrando-se muito tenso. Estes resultados demonstram a sua dificuldade em ficar inativo ou em deslocar-se num ritmo mais lento. É um menino que, no dia-a-dia, revela agitação motora e uma rapidez na execução das atividades.

A Lateralização ainda não está completamente integrada, apresentando uma lateralização auditiva à esquerda e as restantes à direita, ocular, manual e podal, respetivamente (esquema DEDD). A Noção do Corpo foi um dos fatores onde revelou maior cotação. Falhou apenas uma figura no item de memória cinestésica e na construção do puzzle colocou as peças na sua posição correta identificando os diferentes componentes do corpo humano em apenas 37 segundos. No fator Lateralidade não conseguiu realizar a prova de projeção no espaço, não identificando as diferentes partes do corpo no outro.

Deteve bons resultados nas provas de Estruturação Espaço-Temporal, conseguindo organizar-se no espaço que o rodeia, aliado a uma boa capacidade de memorização, de planeamento e de compreensão das solicitações que lhe eram feitas. No entanto, revelou alguma impulsividade na realização das tarefas. Teve a cotação máxima na prova de reprodução de estruturas rítmicas.

Nas provas de Motricidade Global apresentou melhores resultados no item de coordenação global e de agilidade, não chegando à cotação máxima devido a paragens e ao recomeço das atividades, adequando a sua direção e a sua ação apesar de mostrar um planeamento motor e um autocontrolo adequado. As suas dificuldades revelaram-se, principalmente, ao nível da coordenação óculo – podal. Nas tarefas de motricidade fina, no percurso da flor teve a cotação de 3 entre dois e três erros colocando a cabeça muito perto da folha, a cabeça num ângulo estranho e mexendo-se constantemente, enquanto no recorte apresentou a cotação máxima utilizando a mão direita para recortar com um ritmo de execução adequado.

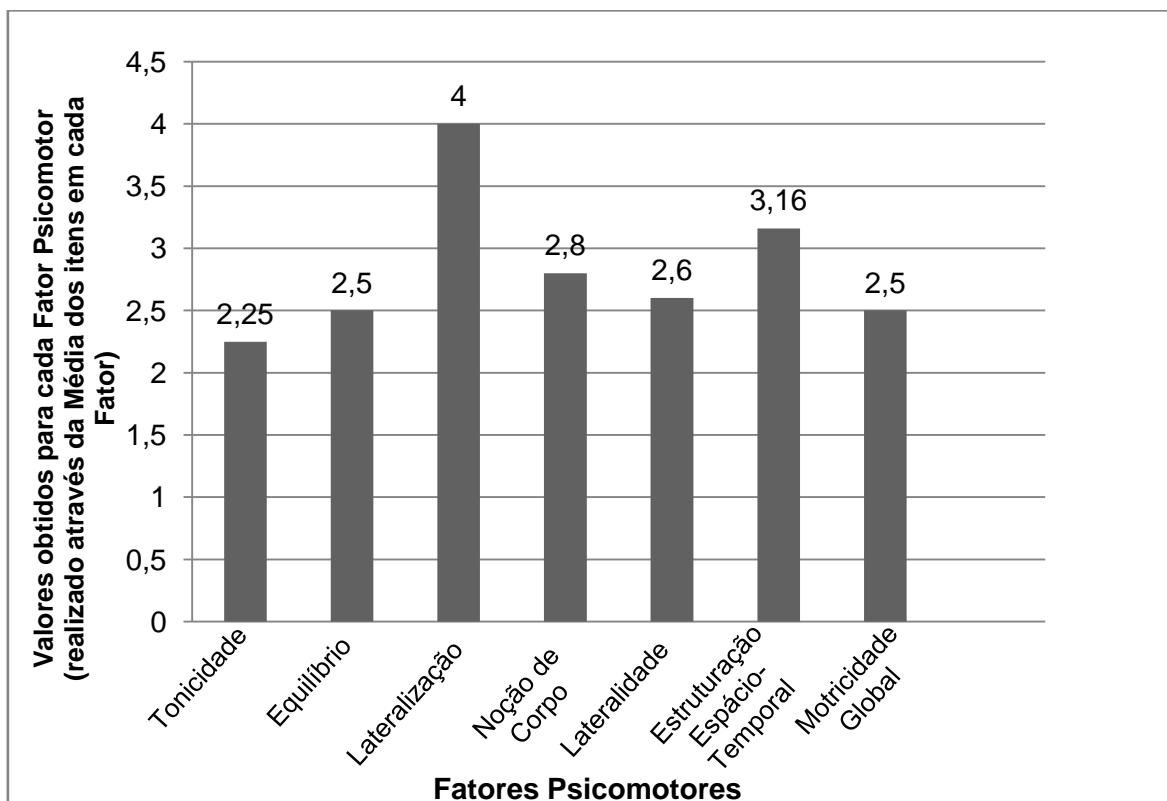
N.V.

Data de Nascimento: 25/10/2003

Avaliação realizada: Técnico de Psicomotricidade da Instituição

Data (s) da avaliação: Novembro de 2012

O N. V. é um menino muito esforçado que precisa do feedback do adulto no decorrer das atividades. A avaliação foi realizada numa só sessão, tendo sido realizada a aplicação em contexto de sala e de ginásio. Apresentou-se cooperante e interessado nas tarefas, questionando e procurando superar com ajuda alguns desafios colocados. No que se refere à avaliação psicomotora, as áreas apresentam-se acima da média mas revelando como áreas mais fracas a Tonicidade, o Equilíbrio e a Motricidade Global. Na área de Estruturação Espaço-Temporal manifesta uma ótima estruturação rítmica. Apresenta dificuldades em guiar, antecipar e adequar a resposta às diferentes exigências da tarefa.

Gráfico 3 – Perfil Psicomotor N.V. - Avaliação Inicial.

No fator Tonicidade apresentou um perfil desarmónico na regulação do tónus motor (variando entre hipotónico e hipertónico), presença de tensões proximais e residuais com alguma resistência ao movimento pendular e sincinésias ligeiras.

A capacidade de equilíbrio em imobilidade com os olhos fechados apresentou ligeiras oscilações e tensões centradas nos olhos, estas oscilações tornam-se maiores e prejudicam o seu desempenho nas tarefas de equilíbrio estático. Nas restantes provas denota-se a dificuldade em coordenar os movimentos entre membros superiores e inferiores. A Lateralização apresenta-se bem definida à direita com especialização hemisférica bem integrada. O N.V. possui um bom conhecimento geral do seu corpo, não muito elaborado, algo confuso com a identificação entre a direita e esquerda. Quanto à Lateralidade é capaz de reconhecer a direita da esquerda, no entanto não está automatizado nesta identificação, provocando algumas trocas que perpetua na resposta a não ser que haja uma correção por parte do avaliador. Na prova de projeção no espaço, essa competência ainda não está adquirida.

O N.V. domina os conceitos espaciais básicos, apresentando uma boa compreensão do espaço e uma facilidade nas provas de estruturação rítmica com rápida integração e adaptação, capacidade de atenção seletiva e reprodução de estruturas compostas. Nas provas de Motricidade Global mostrou uma boa capacidade de movimentação no espaço, apesar da presença de alguma descoordenação. Os movimentos motores ligados à coordenação óculo – pedal e manual aconteceram sem qualquer planeamento motor e sem capacidade para regular a sua ação ao longo das tentativas.

Em suma, este menino apresenta um perfil psicomotor harmónico, não existindo diferenças significativas no seu desempenho entre os diferentes fatores psicomotores. Os resultados das provas denotam frágeis competências psicomotoras nos fatores de base

com sinais de alguma descoordenação e de dificuldades nos movimentos globais. O seu corpo oscila entre estados de tensão e de hipotensão ou abandono. As suas dificuldades em controlar, planificar e antecipar a resposta são evidentes na relação com o seu corpo e o espaço. No entanto, destacam-se as suas boas competências na estruturação rítmica e espacial como áreas fortes. Beneficia de uma estimulação psicomotora centrada na Motricidade Global e na modulação tónica do corpo em movimento, que lhe possa permitir um melhor controlo e possibilidades psicomotoras, de relação e aprendizagem.

S.L.

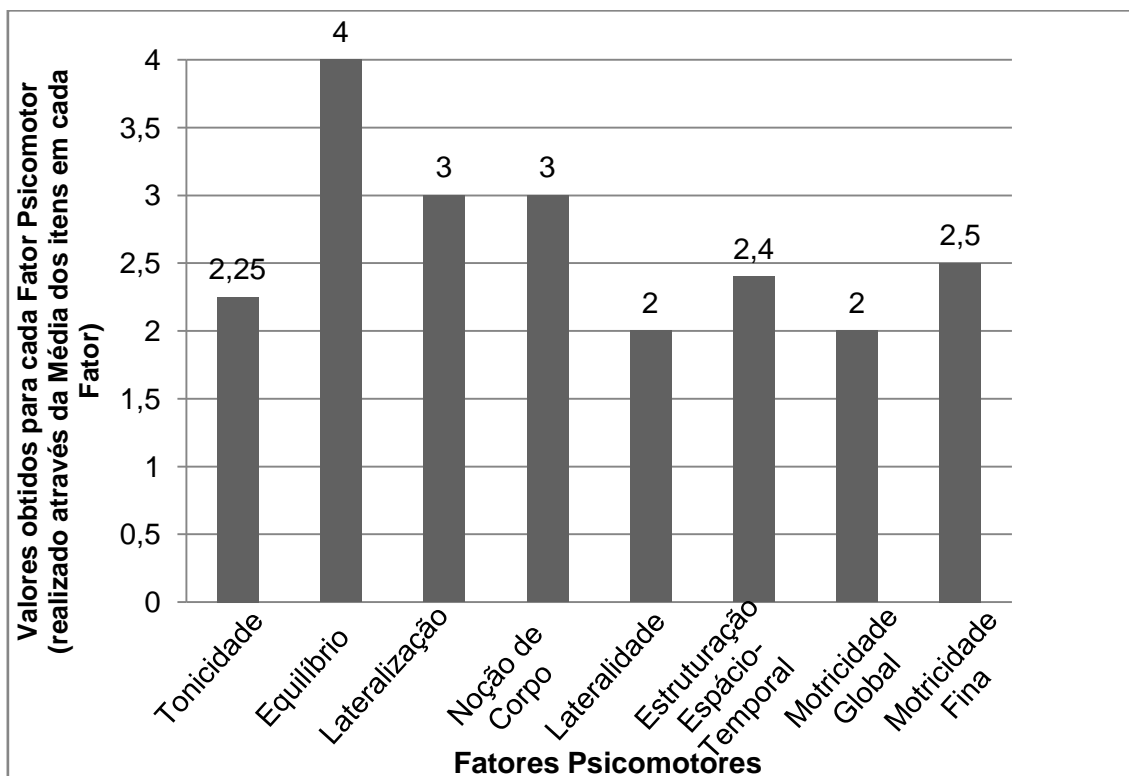
Data de Nascimento: 11/11/2004

Avaliação realizada: Estagiária de Psicomotricidade

Data (s) da avaliação: Fevereiro de 2012

A avaliação foi realizada em quatro sessões e a menina mostrou-se cooperante e entusiasmada desde o início. Porém, a S.L. é uma menina muito distraída, procura sempre agradar ao adulto mas muito esforçada. No início, foi visível uma postura contida, depois com uma postura mais impulsiva, agitada e distraída. Foi constante a sua necessidade de feedback por parte do adulto, chegando a desanimar quando percebia que tinha feito algo menos bem. Mostrou um cansaço excessivo nas atividades mais exigentes a nível motor, desistindo facilmente e tendo, por vezes, dificuldade em perceber o que era pedido em algumas tarefas e em regular a sua ação às sugestões efetuadas pela técnica.

A área forte que se destaca é o Equilíbrio, onde teve a cotação máxima em todos os itens. Revelou uma postura adequada referindo uma ligeira rigidez corporal. Outras áreas fortes são a Noção do Corpo e a Lateralização, enquanto as fracas revelam ser a Tonicidade, a Lateralidade e a Motricidade Global.

Gráfico 4 – Perfil Psicomotor S.L. - Avaliação Inicial.

No fator Tonicidade revelou rigidez corporal mais evidente nos membros superiores, acompanhada por contrações musculares e uma tensão facial visível. O riso foi uma reação tónico-emocional sempre presente, associado a uma grande excitação. Como já foi referido, distinguiu-se no fator Equilíbrio apresentando uma cotação homogênea em todos os itens apresentando um bom controlo corporal quer estático quer dinâmico. A Lateralização encontra-se definida, num perfil tendencialmente destro, retirando o item de lateralização ocular com preferência esquerda.

Outra área forte que se destacou, foi a Noção do Corpo onde conseguiu distinguir e identificar as diferentes partes do corpo, nomeá-las e reproduzir gestos. No item de construção do puzzle conseguiu realizá-lo com a cotação máxima e em apenas 15 segundos, no entanto apresentou a sua cotação mais baixa no item de memória cinestésica. Ao nível da Lateralidade, apresenta dificuldades na integração da lateralidade primária que implica a capacidade de saber distinguir no seu próprio corpo a direita da esquerda, intensificando-se no cruzamento da lateralidade na linha média e na projeção no espaço. Tal facto foi visivelmente projetado na avaliação de outros itens como a Noção Corporal.

A Estruturação Espaço-Temporal destaca-se por ter obtido os resultados mais baixos, apesar da cotação total ser de 3. Domina os conceitos espaciais básicos e consegue organizar-se no espaço, não manifestou dificuldades significativas na memorização e reprodução de sequências visuo-espaciais. As dificuldades manifestaram-se, de forma mais evidenciada, na organização rítmica, não sendo capaz de adequar o seu movimento a um ritmo externo. Ao nível da Motricidade Global evidenciou-se a sua impulsividade, agitação e dificuldade de concentração. Muito empenhada mas com uma rigidez corporal elevada e uma amplitude variável dos movimentos, centrando as dificuldades na capacidade de concretização dos lançamentos e na resistência, cansando-se facilmente. A coordenação global, a agilidade, a coordenação entre os membros, a mudança de

velocidade e direção revelaram-se as suas maiores dificuldades na realização das provas deste fator.

A Motricidade Fina destaca-se o seu empenho e concentração apontando o uso de força desnecessária na pega, a presença de sincinésias e a aproximação da folha da cara bem como a torção do corpo. Em última análise, nas provas que implicam a memorização pode verificar-se que a S.L. manifesta grande dificuldade em reter aspetos complexos, em particular ao nível da estruturação visuo-espacial e rítmica.

Em forma de síntese, foi realizada uma tabela, colocada em seguida, com as áreas fortes e fracas de cada criança.

Tabela 2 – Síntese das Áreas Fortes, Intermédias e Fracas das Avaliações Iniciais de cada criança.

Avaliação Psicomotora Inicial	Áreas Fortes	Áreas Intermédias	Áreas Fracas
D.C. (Outubro 2012)	Equilíbrio Lateralização	Tonicidade Lateralidade Noção do Corpo	Estruturação Espácio-Temporal Motricidade Global
I.G. (Dezembro 2011)	Noção do Corpo Estruturação Espácio-Temporal Motricidade Fina	Tonicidade Lateralidade	Equilíbrio Motricidade Global
N.V. (Novembro 2012)	Lateralização Estruturação Espácio-Temporal	Noção do Corpo Lateralidade	Tonicidade Equilíbrio Motricidade Global
S.L. (Fevereiro 2012)	Equilíbrio Noção do Corpo	Estruturação Espácio-Temporal Motricidade Fina	Tonicidade Lateralidade Motricidade Global

Tendo em conta a análise dos dados das avaliações psicomotoras iniciais e da avaliação informal do comportamento de cada criança nos diferentes contextos de intervenção, definiu-se um conjunto de objetivos a serem desenvolvidos ao longo das sessões. São definidos tendo em conta as áreas mais fracas das crianças do grupo encontrando-se divididos em três domínios: domínio psicoafectivo, domínio cognitivo e domínio psicomotor. Posto isto, as áreas de intervenção consideradas, assinaladas na Tabela em cima, são a Tonicidade, o Equilíbrio, a Estruturação Espaço-Temporal e a Motricidade Global, todas passíveis de serem trabalhadas ao longo das atividades das sessões de intervenção psicomotora.

4.5. Objetivos de Intervenção para o grupo

Domínio Psicoafetivo/Sócio-Emocional

Objetivo Geral

Melhorar a relação com os outros e consigo próprio.

Objetivo Específico

- Promover relações de cooperação com os colegas;
- Promover uma maior capacidade de resistir à frustração;
- Diminuir ou eliminar comportamentos de oposição;
- Respeitar o outro e as regras de funcionamento em diferentes locais;
- Aumentar a criatividade aliada à capacidade de resolução de situações problema.

Domínio Cognitivo

Objetivo Geral

Promover o desenvolvimento de competências cognitivas.

Objetivo Específico

- Desenvolver a organização do pensamento e do discurso;
- Melhorar a capacidade de dar ideias e manifestar opiniões;
- Promover a capacidade reflexiva sobre as vivências;
- Aumentar a capacidade de atenção.

Domínio Psicomotor

Objetivo Geral

Desenvolver competências psicomotoras: melhorar a Tonicidade; aumentar o Equilíbrio; melhorar a Estruturação Espaço-Temporal e desenvolver a Motricidade Global.

Objetivo Específico

- Melhorar a capacidade de descontração voluntária e de consciencialização de estados tónicos;
- Potenciar a capacidade de inibir estímulos distráteis e movimentos de tensão em equilíbrio estático;
- Melhorar a capacidade de se deslocar a um ritmo adequado em equilíbrio dinâmico;
- Melhorar a capacidade de observação e avaliação do espaço envolvente;
- Melhorar a capacidade de memorização e reprodução de vários ritmos;
- Promover a capacidade de movimentar o corpo de uma forma mais controlada e harmoniosa;
- Melhorar a coordenação motora;
- Melhorar a capacidade de planeamento e execução motora.

De seguida, apresentam-se os objetivos específicos que cada criança deve ser capaz de realizar.

O **D.C.** deverá ser capaz de:

- Estar atento às explicações das atividades, não se distraindo facilmente e esperando até ao fim das mesmas;
- Aumentar o período com o grupo enquanto se decidem as atividades a desenvolver;
- Colocar as suas dúvidas caso não esteja a compreender alguma atividade;
- Conseguir ouvir as opiniões dos colegas sem os interromper, respeitando as mesmas;
- Diminuir os comportamentos agressivos e de oposição face aos colegas ou ao técnico;
- Diminuir os comportamentos frustrantes face a determinadas situações;
- Conseguir pensar sobre as consequências dos seus atos e do seu impacto;
- Aumentar a capacidade de imaginar e sugerir novas atividades;
- Aumentar a capacidade de memorização;
- Não desistir das atividades mesmo depois do insucesso das mesmas;
- Aumentar a capacidade de observar e regular a sua ação no espaço envolvente;
- Melhorar a integração e reprodução motora de diferentes ritmos;
- Melhorar a capacidade de movimentar o corpo de forma controlada pelo espaço envolvente, seguindo um ritmo externo;
- Melhorar a capacidade de planeamento motor e de organizar a ação motora;
- Desenvolver estratégias de resolução de problemas.

O **I.G.** deverá ser capaz de:

- Conseguir ouvir as opiniões dos colegas sem os interromper e respeitar as mesmas;
- Diminuir a recusa em realizar atividades com o grupo;
- Conseguir verbalizar as suas opiniões e sentimentos de forma adequada;
- Aumentar a capacidade de observação e avaliação do espaço que o rodeia;
- Melhorar a capacidade de movimentar o corpo de forma controlada e harmoniosa;
- Melhorar o controlo do corpo em equilíbrio estático unipodal;
- Melhorar a sua deslocação em equilíbrio dinâmico colocando o calcanhar em contacto com a ponta do pé e assim sucessivamente;
- Lançar a bola com controlo do corpo, olhando para o alvo adquirindo uma postura adequada.

O **N.V.** deverá ser capaz de:

- Estar atento às explicações das atividades, não se distraindo facilmente;
- Colocar as suas dúvidas caso não esteja a compreender alguma atividade;
- Diminuir os comportamentos frustrantes face a determinadas situações;
- Aumentar a capacidade de imaginar e sugerir atividades novas;
- Melhorar a capacidade de movimentar o corpo de forma controlada e harmoniosa;
- Conseguir apresentar movimentos passivos, oferecendo pouca resistência e maior abandono dos segmentos corporais;
- Melhorar o controlo do corpo em equilíbrio estático e dinâmico;
- Realizar as atividades, adaptando e corrigindo a sua ação de acordo com as exigências da tarefa;

- Desenvolver estratégias de resolução de problemas;
- Aumentar a confiança nas suas capacidades.

O **S.L.** deverá ser capaz de:

- Estar atenta às explicações das atividades não se distraindo facilmente;
- Ser capaz de sugerir novas atividades e possíveis variações;
- Colocar dúvidas e questões adequadas, que sejam pertinentes às atividades desenvolvidas;
- Conseguir realizar uma melhor leitura do espaço envolvente;
- Aumentar a capacidade de memorização;
- Melhorar a capacidade de movimentar o corpo de forma controlada e harmoniosa;
- Conseguir apresentar movimentos passivos, oferecendo pouca resistência e maior abandono dos segmentos corporais;
- Realizar as atividades, adaptando e corrigindo a sua ação de acordo com as exigências da tarefa;
- Lançar a bola com controlo do corpo, olhando para o alvo tendo uma postura adequada;
- Pontapear com velocidade e força uma bola, olhando para o alvo com uma postura adequada;
- Aumentar a confiança nas suas capacidades.

4.6. Fundamentação dos Objetivos nos domínios Sócio-Emocional e Cognitivo

Os objetivos referidos no domínio psicomotor foram justificados pelos resultados das avaliações psicomotoras iniciais realizadas a cada criança, no entanto para os restantes domínios não foi aplicado um instrumento de avaliação para definir tais objetivos. Apesar disso, considerou-se importante incluí-los como objetivos de intervenção. Foram estabelecidos a partir da observação dos comportamentos das crianças nos diversos contextos da instituição, na sala, no ginásio, nos ateliês, nos recreios e nas festas temáticas. Para alcançar e concretizar tais objetivos para o grupo, primeiramente, procurou-se estabelecer uma relação positiva com as crianças num ambiente seguro e uma relação de confiança, respeitando as suas ideias e opiniões. As sugestões foram sempre apreciadas, valorizadas e incentivadas, estimulando a criatividade e a participação de todos no processo de criação de projetos e atividades dentro da Casa. A criação de jogos e a partilha de vivências era realizada através da verbalização com a oportunidade de ajudar a organizar e estruturar o pensamento de cada um. Outro elemento bastante importante consistiu no estabelecimento de regras e limites para todas as crianças manterem uma postura adequada e de respeito pelo outro no decorrer das sessões e o cumprimento das normas pré-estabelecidas por todo o grupo.

As atividades realizadas promoviam a cooperação entre os elementos do grupo, incentivando o espírito de equipa e de entreajuda. A colaboração entre todos ajudou a trabalhar a resistência à frustração, algo muito difícil para alguns elementos do grupo. Muitos dos jogos realizados em sessão implicavam a formação de equipas estimulando uma relação mais positiva e cooperante com os colegas. Ao longo das sessões e com a convivência entre o grupo, uma relação mais cooperante foi sendo construída minimizando os comportamentos de oposição de alguns dos elementos do grupo. Com o decorrer das sessões também fui aprendendo as melhores estratégias a utilizar com cada caso, assim como um aumento de capacidade de resposta a diversos comportamentos, uns que não podiam ser permitidos e outros que tinham de ser falados e discutidos. No entanto, tem de se referir que as crianças estiveram diariamente expostas a outros

contextos que as podiam deixar mais ansiosas ou tranquilas para as sessões, algo que também influenciaria o meu papel como técnica.

Para cada uma das crianças existiam objetivos específicos que estivessem de acordo com as suas dificuldades. Para o D.C., os objetivos prioritários na intervenção mostraram ser a diminuição de comportamentos de agressividade para com os colegas, aumento da capacidade de ouvir e respeitar as opiniões dos colegas, aumentar as suas vivências num ambiente que lhe proporcionasse prazer e onde se sentisse bem, aumentar o seu tempo de permanência e de atenção das tarefas. No decurso das sessões um dos maiores intuits foi a diminuição da frustração, com uma atitude mais compreensiva e explicativa do terapeuta, para que fosse capaz de terminar a tarefa ou atividade não saindo a meio da sessão, interrompendo o jogo aos seus colegas.

No que diz respeito ao I.G., o objetivo prioritário passou pelo aumento da motivação trazendo atividades novas, melhorar a sua capacidade de ouvir e respeitar os outros assim como fazer-se entender ao outro, ou seja, ser capaz de transmitir as suas ideias de uma forma perceptível. Visto ser um menino mais isolado, a criação de equipas, na grande maioria das sessões, possibilitou o aumento da interação com os seus colegas e o fortalecimento de amizades.

Para o N.V., os objetivos prioritários assentaram na diminuição dos comportamentos frustrantes face a determinadas situações, aumentando a sua autoestima através do constante reforço e feedback dado pelo adulto, aumentando o tempo de participação nas atividades e de tempo de atenção nas mesmas melhorando a verbalização das atividades vividas, assim como promover relações de cooperação com os colegas. Para a S.L., foi importante promover as relações de cooperação entre os colegas, melhorar a sua capacidade de criatividade, de dar novas ideias para atividades de sessão assim como a reflexão das mesmas. No entanto, é uma menina aceite pelo grupo.

4.7. Sessão e Relatório de Sessão

As sessões conduzidas e planeadas durante o estágio, sempre supervisionadas pela orientadora local, iniciaram em Fevereiro de 2013. Foram realizadas mais do que uma sessão e respetivo relatório, feitos após todas as sessões, no entanto devido a condicionantes de espaço, será apresentado apenas um planeamento de sessão e o relatório servindo assim como exemplo das restantes sessões.

As sessões tiveram sempre a mesma estrutura e os relatórios foram sempre redigidos com uma parte descritiva das atividades, de como decorreu a sessão e de uma reflexão pessoal sobre cada uma das sessões. Para além das atividades, da sua descrição e duração também se encontram as principais estratégias utilizadas durante as mesmas ao longo do estágio. Após algumas sessões, foi criada uma estratégia de motivação, em que cada criança podia escolher uma atividade para a sessão seguinte, através da utilização de um calendário mensal onde era registado o nome da criança que podia escolher a atividade em cada sessão seguindo sempre a mesma ordem.

Tabela 3: Planeamento da sessão de 19 de Fevereiro de 2013.

Nome da Atividade	Objetivo Geral	Objetivo Específico	Descrição da Atividade	Estratégias	Material	Duração
Ritual de Entrada (Aquecimento)	<p>Criação de rotinas de sessão;</p> <p>Promover a capacidade de cumprir rotinas sem a instrução do técnico.</p> <p>Criação de atividades, regras e objetivos de cada atividade;</p> <p>Promover a expressão oral e as motivações do grupo.</p>	<p>Aceitação de diferentes atividades;</p> <p>Conseguir ouvir e respeitar as ideais e opiniões do outro;</p> <p>D.C. e N.V. – serem capazes de compreender as atividades que vão ser realizadas;</p> <p>I. G. – ser capaz de explicar as atividades que sugere;</p> <p>S.L. – ser capaz de sugerir novas atividades.</p>	<p>Todos entram no ginásio e sentam-se no colchão, um dos elementos do grupo vai buscar o caderno e as canetas. Todos escrevem o nome e explicam-se as atividades a realizar na sessão (“vamos fazer”).</p> <p>Depois de explicada a atividades ou atividades, pede-se para irem buscar o material que será preciso.</p>	<p>Levar para a sessão atividades estruturadas;</p> <p>Estruturação das atividades escolhidas;</p> <p>Uso de rotinas.</p>	<p>Caderno do grupo;</p> <p>Caneta.</p>	10min
Atividade 1 – Arcos e Saltos para o cavalo (“Os Saltitões”)	<p>Promover melhorias na praxia global;</p> <p>Promover a agilidade motora e o planeamento da ação;</p> <p>Desenvolver o equilíbrio dinâmico e a coordenação motora.</p>	<p>Conseguir idealizar formas diferentes de locomoção;</p> <p>Conseguir entender as regras do jogo;</p> <p>Ser capaz de perceber como ganhar mais pontos.</p>	<p>Esta atividade apresenta duas partes: saltos dentro dos arcos (5 arcos) e um salto para o cavalo. Primeiramente, cada criança escolhe uma forma ou uma sequência para saltar nos arcos e uma maneira de saltar do trampolim para o cavalo. Depois de todos experimentarem o percurso, cada um irá sugerir uma forma diferente de se deslocarem. Uma das variantes possíveis pode ser: a associação de uma forma de saltar a um número e dizer apenas 1, 2, 1, 2, 2, sendo 1 pés juntos e 2 ao pé-coxinho,</p>	<p>Clareza na instrução;</p> <p>Motivação para a tarefa através do seu carácter lúdico.</p> <p>Feedback e questionament o.</p>	<p>5 Arcos;</p> <p>Trampolim ;</p> <p>Cavalo;</p> <p>3 Colchões.</p>	15 min

			por exemplo. Por cada parte do percurso cada criança ganha um ponto quando o realizar corretamente, sendo escrito no quadro a pontuação de cada um em cada percurso. No final, soma-se a pontuação adquirida por cada criança em cada percurso.			
Atividade 2 – Vólei Balão	<p>Promover o trabalho em equipa;</p> <p>Promover a coordenação óculo-manual;</p> <p>Promover a atenção sustentada;</p> <p>Promover a coordenação.</p>	<p>Conseguir perceber as regras do jogo;</p> <p>Saber como se ganha e perde pontos;</p> <p>Conseguir jogar em equipa passando o balão para os elementos da equipa.</p>	<p>O jogo consiste num jogo de voleibol com as mesmas regras de atribuição de pontos às equipas. Mas em vez de uma bola de voleibol utiliza-se um balão. Cada membro da equipa só pode dar um toque no balão e não podem tocar na trave. Se o balão passar por baixo da trave a equipa adversária ganha um ponto.</p>	<p>Instrução verbal clara e objetiva;</p> <p>Motivação para a tarefa através do seu carácter lúdico.</p>	Balão.	15 min
Retorno à calma	<p>Reduzir a hipervigilância;</p> <p>Promover o acesso a passividade e à consciência;</p> <p>Ser capaz de expressar ideias e opiniões.</p>	<p>Ser capaz de avaliar as atividades realizadas na sessão;</p> <p>Ser capaz de se autoavaliar em relação à prestação e ao comportamento durante a sessão;</p> <p>Conseguir verbalizar as suas dificuldades.</p>	<p>Todos se sentam e explicam o que gostaram de fazer, o que não gostaram, se tem alguma ideia para complicar os jogos, o que foi mais fácil e difícil para todos os elementos do grupo.</p>	<p>Uso de rotinas;</p> <p>Questionamento.</p>	Nenhum.	5 min

Os relatórios das sessões foram realizados em forma de texto com a descrição da sessão, no entanto para tornar a leitura mais fácil foi colocado em forma de tabela. O relatório de apenas uma sessão é redutor do comportamento e da evolução das crianças, até porque houve muitas sessões que o grupo não estava todo presente. Nesta sessão específica, a segunda atividade acabou por não ser desenvolvida devido a

constrangimentos de tempo mas foi realizada na sessão seguinte, resultados que serão apresentados na tabela.

Tabela 4:Relatório da sessão de 19 de Fevereiro de 2013.

Atividade	Objetivo	D.C.			I.G.			N.V.			S.L.			Observações
		NR	RD	RC	NR	RD	RC	NR	RD	RC	NR	RD	RC	
Ritual de Entrada	Capacidade de cumprir rotinas sem a instrução do técnico.		X				X		X				X	O D. C. e o N. V. tinham uma maior dificuldade em entrar no ginásio e sentarem-se para discutir a sessão em grupo. O D.C. é o menino que apresenta uma maior dificuldade em compreender as atividades, no entanto quando a instrução é clara e lhe é pedido para ajudar a montar o material, ele acede ao pedido.
	Criação de atividades, regras e objetivos de cada atividade.		X				X			X			X	
Atividade 1 – “Os Saltitões”	Conseguir entender as regras do jogo.			X			X			X			X	Todo o grupo conseguiu entender as regras do jogo e inventar diferentes formas de realização do percurso. O N.V. e a S.L. apresentaram uma maior dificuldade na memorização de sequências de movimentos. O D.C. sendo um rapaz impulsivo era-lhe mais difícil esperar pela sua vez, mas surpreendeu ao conseguir memorizar todas as sequências. No final todos conseguiram
	Conseguir inventar diferentes formas de locomoção.			X			X			X			X	
	Ser capaz de memorizar sequências de movimentos.			X			X		X			X		
	Ser capaz de esperar pela sua vez de saltar.		X				X			X			X	
	Ser capaz de perceber como ganhar mais pontos na tarefa.			X			X			X			X	
	Ser capaz de contabilizar			X			X			X			X	

	os seus pontos.													realizar as operações para saber os seus pontos.
Atividade 2 – Vôlei Balo	Conseguir explicar por palavras suas a atividade.		X				X		X				X	Esta atividade foi mais complicada de jogar e só quando todos foram capazes de a explicar por palavras suas é que conseguimos jogar corretamente. Para o D.C. e o N.V., o perceber que tinham de passar o balão para um colega de equipa antes de o lançar para a equipa adversária foi uma tarefa mais difícil. Apesar do caráter lúdico da atividade todos se mantiveram concentrados, retirando alguns momentos de distração ou impulsividade que prejudicavam a pontuação da equipa.
	Conseguir jogar em equipa passando o balão para os elementos da equipa.		X				X		X				X	
	Conseguir-se manter motivado e concentrado durante toda a atividade.			X			X			X			X	
	Conseguir ganhar pontos para a sua equipa.			X			X			X			X	
Retorno à calma	Conseguir sair do ginásio de forma ordeira e mais consciente.		X				X		X				X	O D.C. e o N.V. querem sair rapidamente da sessão saindo de forma mais desordeira.

Legenda: NR – Não Realizou; RD – Realizou com Dificuldade; R – Realizou Corretamente.

4.8. Estratégias Utilizadas

As estratégias utilizadas ao longo das sessões incluíram a promoção de um ambiente seguro, conseguido através do estabelecimento de uma relação empática com as crianças, de respeito e compreensão. A estruturação lógica e constante das sessões permitiu que as crianças se adaptassem a uma rotina de sessão sabendo previamente o que ia acontecer.

Um dos objetivos da intervenção consistia na fomentação da criatividade e da livre expressão aceitando as suas ideias e diferentes jogos propostos pelas crianças. Dar-lhes voz e aumentar a valorização pessoal serviu como mote para deixar que cada criança escolhesse uma atividade à sua escolha para a sessão seguinte. Outra estratégia utilizada consistiu no enquadramento lúdico dos jogos, de forma a serem apelativos para

as crianças assim como a realização de atividades que vão de encontro aos gostos das mesmas. A integração de regras e o estabelecimento de limites durante as sessões e as regras de utilização do espaço também foram referidas. As estratégias constantes nas sessões passavam pela utilização do reforço positivo para aumentar o sentimento de valorização pessoal, o feedback de forma a perceberem se estavam a ter sucesso ou não na tarefa e o questionamento durante as atividades de forma a perceber se tinham compreendido aquilo que lhes era pedido.

4.9. Síntese Crítica dos Objetivos Atingidos

Por questões temporais não foi possível a realização de avaliações formais finais, no entanto é feita uma síntese crítica da evolução de cada criança no decorrer da intervenção com base nos objetivos estabelecidos no seu início, se foram ou não adquiridos e se a intervenção revelou melhorias no comportamento e nas capacidades de cada um.

D.C.

De todos os objetivos que foram propostos para o D.C. alguns foram atingidos e outros ainda se encontram em aquisição. No que toca aos objetivos realizados para o grupo no domínio psicoafetivo, as relações de cooperação com os colegas do grupo foram reforçadas, no entanto a sua fraca capacidade de resistência à frustração foi algo presente em muitas das sessões que o levavam a querer desistir da tarefa pois estava a “perder” e, conseqüentemente, por vezes, a abandonar a sessão. Tais comportamentos foram diminuindo ao longo do tempo e com o aumento da confiança entre a criança e a técnica. No entanto não foram totalmente eliminados. As regras de funcionamento e de respeito do outro foram adquiridas.

Até ao final do ano letivo, a sua capacidade de manifestar opiniões e de falar sobre as suas vivências foi aumentando e melhorando assim como a sua capacidade de atenção e de permanência nas atividades. As competências psicomotoras foram também bastante trabalhadas e a sua Estruturação Espaço-Temporal foi melhorando ao longo das sessões, ajudada pela consulta do calendário das sessões e de muitas atividades exigirem a colocação de materiais no ginásio ou no recreio de uma determinada ordem, evocando uma estruturação mental do espaço onde tinha sido pedido para as colocar.

No decorrer das sessões, o D.C. foi conseguindo perceber a dinâmica e a organização das sessões que seguiu sempre a mesma estrutura, assim o seu tempo de atenção e de tempo com o grupo para decidirem as atividades aumentou. Quando foi implementado o sistema de cada criança escolher uma atividade para a sessão seguinte, tal resultou como um fator de motivação e de diminuição de comportamentos opostos nas sessões. A capacidade de memorização aumentou bastante conseguindo memorizar, pelo menos, 4 sequências de diferentes movimentos em diferentes espaços (arcos). A estratégia utilizada para a resolução de problemas envolvia, frequentemente, o conflito com os colegas, no entanto nas sessões finais já foi capaz de pedir ajuda aos seus colegas quando não sabia realizar alguma tarefa. Teve uma evolução positiva no decorrer do ano, principalmente na relação com os pares e com a técnica. As sessões foram pensadas com muitas tarefas psicomotoras envolvendo o planeamento antes de agir, sendo utilizado, frequentemente, o questionamento para perceber se realmente tinha percebido ou não a tarefa a desenvolver.

Na minha opinião, os resultados foram sendo adquiridos e os comportamentos mais adequados com o decorrer do ano. Muito se deveu à adequação de estratégias durante a sessão, numa sessão teria de assumir uma atitude mais diretiva e noutras não. A

evolução do D.C. não foi linear, tendo sessões que aderiu às tarefas, participava e mostrava empenho e outras onde já não queria prestar atenção aos colegas e quando a sua vontade não era satisfeita, desistia das atividades. Com o passar do tempo, foi percebendo que as sessões não eram algo desconhecido e sim um local seguro onde podia realizar diferentes atividades, acabando por fazer parte da sua rotina na instituição.

I.G.

Nos objetivos propostos para o grupo, o I.G. não mostrou grandes dificuldades em cumpri-los. É um menino mais reservado e autónomo sendo-lhe difícil por vezes pedir ajuda a outro colega, no entanto consegue criar relações de parceria com os membros do grupo e trabalhar por um propósito em comum. Os comportamentos de oposição não foram visíveis apesar de, às vezes, não querer realizar alguma tarefa que não achasse interessante até mesmo antes de ouvir a explicação. Foi sempre um membro participativo e bastante empenhado nas sessões revelando uma boa capacidade de memorização e de integração de novos conceitos. É um menino muito criativo e inteligente, o que o auxilia na resolução de situações problema encontrando sempre uma forma de o resolver.

Frequentemente, tinha ideias novas mas uma grande dificuldade em organizar o pensamento e o discurso para que os seus colegas entendessem a sua ideia. Já no final da intervenção inventou um jogo muito engraçado, que os meninos de outras salas tiveram oportunidade de experimentar. Para além de aumentar a sua auto-valorização, com a ajuda da técnica conseguiu escrever as regras do jogo e organizá-las para que fizessem sentido para as restantes crianças. É uma competência que não está ainda totalmente adquirida, mas em processo de construção com a evidência de melhoras. As suas dificuldades ao nível do Equilíbrio mostraram evoluções; já era capaz de realizar o apoio unipodal dinâmico com menos reequilibrações, lançar uma bola com um melhor controlo postural, acertar num determinado alvo, revelando evoluções na sua coordenação óculo-manual e a coordenação em geral. O drible da bola era uma tarefa difícil no início da intervenção, que no final mostrava algumas melhorias no controlo corporal e numa movimentação mais harmoniosa.

Segundo a minha opinião, os resultados foram sendo atingidos, muitos adquiridos, em todos os domínios da intervenção. Como já foi referido, o I.G. é um menino com muitas capacidades mas que, por vezes, se isolava do grupo e preferia jogar sozinho. A evolução deste menino também não foi linear, pois quando não gostava de uma atividade proposta não mostrava muito empenho na sua realização, apesar de participar na mesma. Mostrava pouca flexibilidade de pensamento, por vezes as tarefas tinham de ser realizadas como ele queria. Tudo era resolvido com uma explicação. Um menino muito perspicaz que também assumiu como rotina estas sessões. A complexificação das atividades enquadrou na evolução da criança, uma maior estimulação e novas vivências.

N.V.

De todos os objetivos que foram definidos para o grupo, o N.V. não conseguiu adquirir todos. Contudo alguns estão ainda em processo de aquisição. Os objetivos para o grupo em que o N.V. conseguiu melhorar foram, as relações de cooperação entre os colegas, a diminuição de comportamentos de oposição e o procurar do adulto no auxílio da resolução de situações problema. A organização do discurso ainda está a ser adquirida, sendo-lhe ainda difícil explicar uma nova atividade ao grupo, escolhendo sempre um jogo familiar e que já tenha realizado.

A sua capacidade de atenção nas tarefas também variava bastante com os dias, uns dias mais agitado, outros mais predisposto a realizar as tarefas. A capacidade de memorizar pequenas sequências de movimentos foi melhorando no decorrer das sessões assim como o seu equilíbrio. A sua confiança nas atividades dependia muito do constante feedback e reforço do adulto. Este menino faltou muito no final do ano letivo, levando a uma grande desatenção e irrequietude de cada vez que vinha à sessão, destabilizando os seus colegas também. Penso que foi um grande senão no decorrer da intervenção, pois ao faltar a intervenção tornou-se muito mais irregular alterando o seu ritmo de evolução. A evolução das sessões e do grupo foram realizadas de sessão para sessão e o N.V., por ter faltado a muitas sessões, o seu sentido de pertença ao grupo e de aquisição das rotinas da sessão ficou comprometido assim como a aquisição dos diferentes objetivos propostos.

S.L.

Dos objetivos definidos para o grupo, a S.L. não conseguiu atingir todos, contudo com o progredir do tempo demonstrou cada vez mais empenho e vontade de aprender e agir. É capaz de trabalhar em pares e de se relacionar com os seus pares de forma adequada. Ao nível cognitivo, ainda revela algumas dificuldades na capacidade de dar novas ideias, sendo pouco criativa. A sua atenção, por vezes, desvia-se para longe da tarefa, mas é uma menina muito empenhada e com boas capacidades. Aumentou a sua capacidade reflexiva e mostrou um crescimento pessoal não se deixando abater pelos comportamentos disruptivos dos restantes colegas do grupo. A sua capacidade de memorização melhorou, sendo capaz de se lembrar de instruções que vão até 4 tarefas e de memorizar pequenas sequências de 4 ou 5 itens diferentes.

Em relação aos objetivos individuais revelou melhorias, sendo capaz de colocar as suas dúvidas e aumentando a sua atenção nas tarefas. Para além da melhor capacidade de memorização também é capaz de fazer uma leitura mais eficaz do espaço envolvente através da leitura de pequenos mapas feitos para a colocação de matérias na sessão. A estruturação temporal ainda não está adquirida, não sabendo, por vezes, em que dia estava. No entanto, o calendário utilizado para as sessões foi uma grande ajuda, onde já reconhecia os dias da semana que tínhamos sessão e quando seria a sua vez de escolher uma atividade. A confiança nas suas capacidades foi aumentando no decorrer das sessões mostrando uma menina mais segura de si e das suas ideias.

A S.L. teve uma evolução bastante positiva, talvez, a mais linear de todos. Fora do ambiente de sessão era uma menina que tinha as suas opiniões e ideias e, apesar de pedir o parecer ao adulto, não se deixava abalar pelos comentários dos colegas. A sua confiança foi aumentando e a relação com a técnica foi ficando mais segura, o que contribuiu também para a sua evolução. A mudança das tarefas e o aumento do grau de dificuldade revelaram ser um fator positivo para o seu desenvolvimento e a aquisição de competências.

5. Dificuldades e Limitações

No que respeita ao período de estágio, este apresentou algumas dificuldades e limitações que foram surgindo ao longo do ano. As dificuldades relacionaram-se com a prática profissional como psicomotricista e na gestão de conflitos no recreio. Nos recreios, a grande dificuldade assentava na mediação dos conflitos que iam surgindo entre as crianças, por se envolverem na brincadeira de outras crianças ou por retirarem um brinquedo a alguma criança em concreto. Esta dificuldade foi superada com a ajuda das auxiliares que acompanhavam o recreio e através de conversas com elementos da equipa técnica, incluindo a orientadora local, transmitindo estratégias para lidar com esses conflitos. Assim, o recreio tornou-se um espaço de observação das relações que se estabelecem entre as crianças, tal como alguns padrões de comportamento. A elaboração de objetivos para o grupo que, devido há pouco experiência na elaboração dos mesmos, constitui uma grande dificuldade que só foi ultrapassada com a ajuda, aconselhamento e reflexão com a orientadora local. Outra dificuldade sentida, logo no início, relacionou-se com a capacidade de gerir um grupo de 4 crianças em contexto de ginásio assim como impor regras e limites sendo alguém novo na instituição.

A principal limitação assenta no fato de algumas crianças, por motivos alheios à instituição, faltarem a algumas sessões o que, de certa forma, prejudicou o cumprimento dos objetivos para essas sessões em específico, e em geral para toda a intervenção. Outro aspeto limitador foi a gestão de algumas sessões de intervenção, onde as crianças demoravam mais tempo a organizarem-se, o que prolongava o tempo de algumas atividades impossibilitando o cumprimento do plano estipulado para as referidas sessões. Além disto, não foi possível a realização de todas as sessões propostas, devido a algumas festas temáticas assim como a preparação das mesmas, exigindo o tempo e dedicação por parte das crianças. No entanto, visto que acompanhei sempre o grupo estive sempre presente nessas atividades.

Por fim, a não realização de uma avaliação final pode ser considerada uma limitação pois os resultados podem não corresponder à realidade visto que, não existem dados quantitativos que possibilitem uma comparação com as avaliações iniciais corroborando a evolução da intervenção psicomotora.

6. Conclusão e Reflexão Final

O estágio foi uma oportunidade e uma experiência de crescimento em vários campos, nomeadamente a nível profissional, académico e principalmente pessoal. A nível profissional, o poder trabalhar na área da Saúde Menta Infantil, com uma equipa multidisciplinar e realizar uma intervenção em grupo destacaram os principais ganhos deste estágio. Na equipa da Casa da Praia fazem parte educadoras de infância, professoras, psicomotricistas, psicólogos, assistentes sociais e pedopsiquiatras permitindo uma visão muito mais abrangente de cada criança e um plano de intervenção mais eficaz. A participação de uma assistente social que realiza sempre a ponte com a família das crianças confere a cada caso uma visão primordial e muito mais abrangente do que é a vida daquela criança.

A aquisição de competências enquanto profissional incidiu no planeamento de sessões, as dinamizações das mesmas, a participação em reuniões de equipa e formações realizadas ao longo de todo o ano. A dinamização das sessões permitiu um conflito de emoções caracterizadas por incertezas e inseguranças assim como alegrias e vivências motivantes e enriquecedoras. Cada dia na Casa da Praia era sempre um dia diferente, as crianças vinham diferentes e com o passar do tempo cada vez mais integradas e cheias de carinho para dar. A principal ferramenta que retirei de todas as sessões dinamizadas foi a aplicação de diferentes estratégias em situações de conflito com que nunca tinha tido contacto e que me fizeram crescer e superar as minhas dificuldades. A própria redação deste relatório consistiu num grande crescimento através do aprofundamento de alguns temas, no espelhar da vida e obra do fundador desta instituição João dos Santos que sempre analisou a criança na sua totalidade, com carinho e compreensão.

A nível pessoal, aprendi e cresci, e nesta troca de experiências ganhei uma nova visão sobre a criança e tudo aquilo que pode afetar o seu desenvolvimento. Todos os professores e crianças ensinaram-me muito mais a mim do que aquilo que lhes pude ensinar. Todos os dias levava uma lembrança da Casa da Praia, de um beijo, de um abraço ou de um pequeno desentendimento. Ser psicomotricista não é apenas planear e dar sessões mas sim um terapeuta que trabalha pela autonomia e bem-estar das crianças em todos os níveis e em toda a sua complexidade. Isso notou-se na dinâmica da instituição, onde somos convidados a participar em todas as atividades da Casa, nos recreios, nas refeições, na sala de aula, reuniões e até aniversários. A colónia da Casa da Praia realizada no final do estágio foi uma experiência inesquecível onde pude interagir com as crianças no dia-a-dia, ajudá-las no que precisassem e a puder brincar como criança. Através do conhecimento da história de vida de algumas crianças e a maneira como vencem as adversidades e a sua resiliência, é uma lição de vida que levarei para sempre comigo.

A única e melhor forma de concluir este trabalho é citando João dos Santos que, em 1983, escreveu: *“De Amor pela criança só são capazes aqueles que amam a criança que neles habita. Nem todos puderam ser crianças, alguns foram apenas objectos utilitários de alguém. Que o teu filho não seja um utensílio de compensação da tua frustração ou um adorno da tua vaidade. Não o tornes num autómato, não faças dele um objecto utilitário. Deixa que a espontaneidade das tuas experiências infantis renasça das trevas dos teus preceitos e preconceitos de adulto, para fales com o teu bebé uma linguagem de gestos e de olhares que ele entenda e que o ajude a descobrir o mundo das pessoas e das coisas. Fala com a tua sabedoria, mais do que com o teu saber.*

A criança é obra de si própria como o Homem é a criação ou a criança de si mesmo. O Homem é uma experiência infantil de criatividade. Se amas a criança que em ti existe,

então podes amar as crianças. Podes fazer um filho. Se a rejeitaste, ou com ela és irreconciliável, então só podes gostar de bonecos de pasta, autómatos de lata e bugigangas para enfeitar o teu espaço vazio. Compra-os na loja, não faças filhos! Não te ocupes dos filhos dos outros. Mas se recuperaste essa criança, se tomaste conhecimento de que uma vontade infantil de sentir, experimentar e saber, existe em ti... então podes estender os braços à criança que está na tua frente. Se podes ser infantil, podes ser Homem, podes ser Mestre.” (cit in Santos, J., 1983, pp. 308-309).

7. Bibliografia

- Almeida, G. (2005). O espaço do Psicomotricista numa equipa de Saúde Mental Infantil. *A Psicomotricidade*, pp. 56-64.
- Barros, E. (1999). Enquadramento Histórico e Filosofia Orientadora. In Actas do 1º Encontro do centro Doutor João dos Santos - Casa da Praia, *Pare, Escute e Pense. O Sentir, o Pensar e o Agir na Evolução das Crianças e dos Jovens* (pp. 47-59). Lisboa: Centro Doutor João dos Santos - Casa da Praia.
- Branco, M. (2000). *Vida, Pensamento e Obra de João dos Santos*. Livros Horizonte.
- Casa da Praia (1995). *Intervenção Pedagógica - Terapêutica em Crianças com Problemas do Foro Emocional ou Comportamental*. Lisboa: Centro Doutor João dos Santos - Casa da Praia.
- Casa da Praia (2009). *Casa da Praia - Centro Doutor João dos Santos*. Obtido em 3 de Dezembro de 2012, de <http://www.casadapraia.org.pt/>
- Fonseca, V. (1992). *Manual de Observação Psicomotora: significação psiconeurológica dos factores psicomotores*. Âncora.
- Fonseca, V., & Martins, R. (2001). *Progressos em Psicomotricidade*. Lisboa: Serviço de Edições da Faculdade de Motricidade Humana.
- Goldschmidt, T. (s.d.). *A Intervenção com as Famílias num Modelo Integrado*. Lisboa: Centro Doutor João dos Santos - Casa da Praia; texto não publicado.
- Gonçalves, M., Martins, I., & Medeiros, P. (1992). A Investigação em Saúde Mental Infantil. *Acta Médica Portuguesa*, pp. 603-605.
- Martins, R. (2001). Questões sobre a Identidade da Psicomotricidade – as práticas entre o Instrumental e o Relacional. In Fonseca, F. & Martins, R., *Progressos em Psicomotricidade* (pp. 29-40). Cruz Quebrada: Edições FMH.
- Mendonça, M. (2003). João dos Santos e a Saúde Mental Infantil. *Interacções*, pp. 91-111.
- Ministério da Saúde, A. C. (Julho de 2008). *Plano Nacional de Saúde Mental 2007-2016 — Resumo Executivo*. Obtido em 2 de Julho de 2013, de http://www.saudemental.pt/wp-content/uploads/2011/03/resumo-executivo_PNSM_2007-2016.pdf
- Ministério da Saúde, P. N. (Março de 2012). *Reatualização do Plano Nacional de Saúde Mental*. Obtido em 2 de Julho de 2013, de http://www.saudemental.pt/wp-content/uploads/2012/06/Recalendarizac%C3%A7%C3%A3o_PNSM.pdf
- Ramos, F., & Silvério, I. (1999). Modelo de Intervenção. In A. d.-C. Praia, *Pare, Escute e Pense. O Sentir, o Pensar e o Agir na Evolução das Crianças e dos Jovens* (pp. 47-59). Lisboa: Centro Doutor João dos Santos - Casa da Praia.
- Ramos, F., Silvério, I., & Strecht, P. (2005). A Casa da Praia - Uma Experiência de 30 Anos. In C. Castilho, & E. Salgueiro, *O Segredo do Homem é a Própria Infância, O Centro Doutor João dos Santos - Casa da Praia: 30 Anos Depois* (pp. 97-120). Lisboa: Assírio & Alvim.

- Rodrigues, A., Barros, E., Marta, F., & Morato, P. (1990). João dos Santos e a Pedagogia Terapêutica na Casa da Praia. *Revista de Educação Especial e Reabilitação*, 1, pp. 32-40.
- Rodrigues, A., Gamito, D., & Nascimento, D. (2001). Ecos e Espelhos de Mim - A Psicomotricidade em Saúde Mental Infantil. *Revista de Educação Especial e Reabilitação*, 8, pp. 49-58.
- Rodrigues, A., Martins, S., & Rodrigues, V. (2003). Psicomotricidade e Pedagogia Terapêutica. Relato de uma experiência no Centro Doutor João dos Santos - Casa da Praia. *A Psicomotricidade*, 1, pp. 85-96.
- Rodrigues, A., Santos, J., & Mira, P. (2004). Perfil funcional de crianças com problemas de saúde mental - Uma proposta e experiência de avaliação. *A Psicomotricidade*, nº4, pp. 70-80.
- Santos, J. (1976). *Pedagogia Terapêutica*. Comunicação de nome “Ao encontro dos Psicólogos” feita em 1976; texto não publicado.
- Santos, J. (1983). Ensaio sobre Educação - II. O Falar das Letras.
- Santos, J. (1988). *A Casa da Praia - O Psicanalista na Escola*. Lisboa: Livros Horizonte, Lda.
- WHO. (2005). *World Health Organization*. Obtido em 9 de Junho de 2013, de http://www.who.int/mental_health/policy/Childado_mh_module.pdf
- WHO. (2011). *World Health Organization*. Obtido em 9 de Junho de 2013, de <http://www.who.int/features/factfiles/m>